NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico-chirurgicales du Midi.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
L'Union médicale.
Revue médicale.
Revue médico-chirurgicale de Paris de M. Malgaigne.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Allgemeine med. central zeitung.
Arch. für physiologische heilkunde.
Arch. für anat. phys.
Deutsche klinik.
Journal für kinderkrankheiten.
Medizinisc. correspondenzblatt.
Med. annalen.
Smidt's jahrbricht.
Zeitschrifft F. D. G. M.

JOURNAUX ANGLAIS.

American journal of med. science.
Edinb. med. and surg. journal.
Guy's hospital reports.
Journal of psychologic.
London med. chir. transactions.
London journal of med.
London med. gazette.
Monthly journal.
New-york journal of med.
The Dublin med. pres.
The Lancet.
The med. Times.

JOURNAUX ITALIENS.

Annali Universali di med.
Bulletino delle science med.
Gazetta med. Lomb.
Gazetta med. Ital.
Giormale de l'academia.
Il Progresso.
Il Filiato sebezio.
Il Raccoglitore medico.

55350

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

NOVEMBRE 1851. — 12me SÉRIE. — T. XI.

London,

DULAU ET Cie, 37, SOHO-SQUARE;

EDINBURG, BY CHARLES SMITH

CAMBRIDGE, DEIGHTON; DUBLIN, HODGES AND SMITH; MANCHESTER, ROBINSON

OXFORD, PARKER BELFAST, JOHN HODGSON; NOTTINGHAM, DEARDON.

1851

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archiv. de la méd. belge. p. 145—.207

Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 208.

Tableau météorologique. 216.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 1—2. *Revue* 28, 31.

Thérapeut. 3—10. *Revue* 29.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchements. 11.

Maladies des enfants. 12—14.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Path. externe 15—19. *Revue* 30.

Méd. opérat. 20.

Ophthalmologie. 21.

VIII. Mal. des voies gén.-ur. 22—32.

X. MÉDECINE, LÉGALE ET TOXICOLOGIE.

Toxicologie. 42.

XII. Généralités. 25—26.

Sociétés savantes, pag. 226—255.

Mélanges. 32.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(NOVEMBRE 1851.)

TRAITEMENT DE LA TUBERCULISATION EN GÉNÉRAL ET DE LA PHTHISIE PULMONAIRE EN PARTICULIER;

par Louis Parola, de Coni, Représentant du peuple, etc.

(Traduit de l'italien par le docteur Raikem, professeur à l'Université de Liége, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc.)

(Suite : *voir* le n° d'octobre 1851, p. 73.)

L'une des circonstances qui doit avoir puissamment contribué à ce résultat avantageux, c'est que l'huile, en tempérant un peu le grand appétit de l'enfant, l'empêcha de faire des infractions de régime qui le plus souvent mettent obstacle à l'effet des remèdes et à la résolution de la maladie, et, partant, au succès de la médication. Cette influence exercée par l'huile de morue de diminuer un peu l'appétit des malades (1), je l'ai aussi remarquée chez les adultes et sur moi-même. De crainte d'abuser de l'indulgence de mes lecteurs, je m'abstiendrai de rapporter d'autres faits confirmatifs. Je me bornerai à dire qu'il résulte de mon expérience que réellement l'huile de morue exerce une action déprimante dans la tuberculisation, en allégeant un peu la violence de la fièvre et de la toux, en facilitant l'expectoration et en diminuant la quantité des crachats. C'est ce que nous avons eu occasion de remarquer, surtout chez une campagnarde *Gioanni Rosa*, reçue à l'hôpital, (N° 52), pour une phthisie pulmonaire avancée. Le gargouillement et la pectoriloquie, constatées dans les deux régions sous-claviculaires, indiquaient que la maladie avait donné lieu à des ulcérations caverneuses. Malgré cela, l'huile de morue, continuée pen-

(1) Il est vrai que quelquefois elle augmente l'appétit, comme l'assurent plusieurs auteurs ; mais il est aussi vrai que son usage suspend, pendant quelques heures, la voracité des enfants atteints de maladies longues et pénibles.

dant plus de deux mois, avec quelques saignées, qu'on interposait de temps en temps, suivant que le requérait les indications et les exigences de la phlogose pulmonaire concomitante, réussit à calmer la toux, et à rétablir les forces physiques et morales. Les crachats diminuaient un peu et, partant, le gargouillement se dissipait. Cependant, alors qu'on se disposait à en porter la dose à deux onces, il se déclara une diarrhée funeste qui réduisit la malade dans un véritable état de prostration, en sorte que cette malheureuse dut finalement succomber au travail morbide toujours croissant qui la minait. — Le même médicament fut aussi administré à Serra Gioanni, valet de chambre, âgé de 36 ans, homme d'une complexion robuste, qui était devenu tuberculeux à la suite d'excès commis dans la nourriture, dans les plaisirs vénériens, dans l'usage des liqueurs et, en conséquence, des fatigues excessives dérivant de sa profession qui l'obligeait de s'exposer jour et nuit à de continuelles vicissitudes de température, en passant brusquement d'une cuisine fort échauffée dans des pièces froides, où, accablé de fatigue, il lui arrivait quelquefois de se coucher par terre et de se livrer au sommeil sans être bien couvert. Lorsqu'il entra, le 20 octobre 1846, à l'hôpital (N° 56), il offrait les signes les plus évidents d'une ample caverne, siégeant dans la partie supérieure du poumon droit, et en même temps les symptômes d'éthisie propres à une pareille condition morbide. Dans ce cas, nous nous sommes proposé de faire une expérimentation comparative sur l'efficacité relative de l'huile de morue et sur celle de l'huile de naphte officinale. Le malade prit le naphte, d'abord à la dose de dix gouttes par jour, dans un mucilage gommeux, puis par degrés on en porta la dose à une demi-drachme. Pendant l'usage, continué durant quinze jours, de cette prescription, nous avons eu lieu de remarquer, comme nous le prouverons par d'autres expérimentations, que ce médicament exerce une action déprimante, décisive, prononcée, analogue à celle des balsamiques, en ralentissant un peu les mouvements respiratoires, en diminuant un peu la fréquence et le choc du pouls, à tel point que le malade se sentant soulagé de jour en jour davantage, demandait qu'on le lui continuât et qu'on en augmentât la dose. — Il y avait quinze jours que cet amendement s'était déclaré, alors que, jouissant d'un meilleur appétit, il se laissa entraîner à des excès dans la nourriture, que j'ai l'habitude de restreindre beaucoup chez les malades, de quelque fièvre qu'ils soient affectés. Dès ce moment, il se développa un nouveau travail phlogistique, que je parvins à mitiger à l'aide de quelques émissions sanguines. Ensuite, j'eus recours à l'huile de morue, qui fut continuée pendant quinze au-

tres jours, d'abord à la dose d'une once, puis à celle de deux onces, en 24 heures ; dernière dose que non-seulement je n'ai pu dépasser, mais que j'ai pu rarement continuer pendant longtemps, à cause du dévoiement et de la vomiturition qui s'ensuivaient. — Cet essai comparatif qui, selon la méthode de *Hugues Bennet*, aurait dû satisfaire aux deux principales indications qu'il a posées dans l'éthisie, dont l'une tient à un excès d'oxygène dans l'économie et l'autre à un excès de matières nitrogénées ou albumineuses, conjointement à un défaut de matières carbonées et oléagineuses, dans les humeurs et dans les tissus, nous démontra qu'il y a analogie dans le mode d'action de ces deux remèdes qui peuvent utilement être employés d'une manière alternative, sans toutefois pouvoir maintenant, faute d'expérience suffisante, décider quand et où l'un doit être préféré à l'autre ; ce choix étant subordonné, surtout en partie, aux conditions individuelles, à l'idiosyncrasie, à l'état de l'estomac, etc.

Ainsi, fondé sur des bases suffisantes d'applications pratiques, tout ce que nous pouvons avancer à propos de l'huile de morue, c'est que cette huile, pour exercer une action curative décisive, ayant besoin d'être prise pendant longtemps et avec beaucoup de patience, comme en conviennent les médecins qui en ont fait usage, il faut l'employer préférablement dans les maladies scrofuleuses de l'enfance ou contre la tuberculisation commençante, affection dans laquelle, soit que vienne à prévaloir son action dynamique, propre à alléger les troubles de la circulation et la réaction vitale qui surgit alors d'une manière plus active là où se montre un travail morbide ; soit qu'elle influence par son action chimico-vitale (1) en suppléant, dans les poumons, à la mauvaise ou à la vicieuse élaboration des principes carbonés transmis par le chyle et par la lymphe dans le sang ; soit encore qu'elle soit apte à tempérer la prépondérance anormale de l'oxygène ; en tout cas, le fait est que par son action cette substance semble faciliter le travail d'assimilation, améliorer la condition où se trouve la respiration et amender aussi en suite la qualité du sang.

(1) Les récentes expériences de *Gluge* et de *Thiernesse* (V. *Gaz. méd. de Paris*; n° 45, an. 1844) démontrent : 1° que l'huile d'olives et l'huile claire de morue, ne présentent pas de différences appréciables dans leur action sur l'économie, soit qu'elles soient ingérées par la bouche, ou injectées dans les veines ; 2° que l'usage longtemps continué de l'une et de l'autre de ces huiles est suivi d'un dépôt de matières grasses dans les poumons et dans le foie, avec hypertrophie de celui-ci, et hépatisation et congestion de ceux-là ; 3° que c'est seulement dans les viscères susdits que les matières huileuses subissent des changements de combustion, d'oxydation et d'élaboration.

Nous ne devons pas taire non plus que le professeur *Forget*, à la clinique duquel j'assistais, il y a quelques mois, s'étant livré à différentes recherches expérimentales sur la thérapeutique de la phthisie, prescrit souvent l'huile de morue. Mais il résulte de la réponse qu'il me fit sur son action, et d'après ce que j'ai pu moi-même observer chez ceux de ses malades qui la prenaient, que son action est tout uniment adoucissante, à l'instar des mucilagineux, des mixtures huileuses ordinaires. Aussi, ajoutait-il, a-t on dernièrement proposé l'huile de pavôt noir ou d'olives comme capables de rendre autant de service que l'huile de foie de morue. — En effet, M. *Bretonneau* (1) a substitué avec succès et à la même dose, l'huile commune de baleine à celle de foie de morue, dans le traitement du rachitisme, des tubercules pulmonaires et des affections glandulaires; et dans le rapport précité du docteur *Lombard*, il est aussi fait mention que plusieurs médecins ont employé l'huile de baleine comme succédanée de l'huile de morue, parce qu'ils en avaient obtenu des effets avantageux (2). —

(1) *Revue médicale*; tom. I, pag. 208, an. 1847.

(2) Le professeur *Williams* de Londres, est d'accord avec les auteurs précités. Ce médecin ayant prescrit l'huile de morue dans plus de cent cas d'affection tuberculeuse des poumons à divers degrés, observe que si ce médicament n'a pas pris plustôt rang dans la thérapeutique, *cela provenait sans doute de l'odeur et de la saveur détestable, de la variété d'huile dont on faisait usage*, et de l'idée que les seules huiles empyreumatiques de foie de morue, possèdent des propriétés thérapeutiques. D'après ces considérations il emploie maintenant une huile parfaitement claire, sans saveur ni odeur, c'est-à-dire telle qu'elle existe dans les cellules du foie de morue, durant la vie de l'animal, huile qui ne s'obtient pas au moyen de la putréfaction ou par la chaleur, mais qui se prépare avec des foies d'animaux morts depuis peu, en choisissant ceux qui sont les plus consistants pour les réduire en pulpe, qu'on mêle avec de l'eau à 50° de température; puis celle-ci est filtrée et l'on décante l'huile qui surnage.

La confiance du docteur *Williams* en cette huile est si grande qu'il affirme : *que l'huile de foie de morue pure et récente est plus utile dans le traitement de la phthisie pulmonaire que tous les agents thérapeutiques ou diététiques employés jusqu'ici contre cette terrible maladie.* Il dit en avoir obtenu des avantages très remarquables dans toutes les périodes de la maladie, spécialement dans son troisième degré, ce qu'il attribue à ses propriétés nutritives et à une action qui lui est propre sur le travail suppuratif qui s'effectue autour des cavernes ramollies et ulcérées, action qui tendrait à faire cesser les sueurs et d'autres symptômes de la fièvre éthique. D'après l'histoire qu'il raconte de huit cas au troisième degré, et le résumé qu'il donne de 234 autres cas, il s'ensuit que dans 206 de ces cas, au 1er et au 2e degré, ce professeur anglais en a obtenu des effets si bienfaisants et si décisifs qu'il lui est quelquefois arrivé d'ob-

Cela tendrait à prouver que ce n'est pas à la très faible proportion d'iode, principe qui manque souvent dans l'huile de morue, comme il est démontré par l'expérience, qu'on doit raisonnablement attribuer son action médicatrice, et puisqu'il vient d'être tantôt question de M. *Forget*, nous ne pouvons nous dispenser de donner un aperçu de ses opinions, et de ses résultats statistiques touchant la maladie qui fait l'objet de ce travail.

Dans un mémoire qui renferme le compte-rendu de sa clinique de 1844, le professeur de Strasbourg, reconnaît trois éléments dans la phthisie: le tuberculeux, l'inflammatoire et le symptomatique. Ayant soumis à l'expérimentation les principaux remèdes préconisés contre cette maladie, il expose les résultats obtenus qui sont restreints et inconcluants, et servent à démontrer le cas qu'on doit quelquefois faire de la statistique qui, quoi qu'on en dise, est toujours, quand elle est bien faite, un excellent instrument régulateur de la raison clinique et thérapeutique. Il dit que sur six malades qui prirent pendant longtemps de l'acétate de plomb, trois succombèrent; — de cinq qui furent saturés de digitale, quatre moururent; — parmi les cinq phthisiques qui firent usage du lichen d'Islande, il en périt trois; les deux seuls auxquels on administra le sel de cuisine, moururent; un seul fut traité au moyen de protoiodure de fer, et trépassa; sur les quatre à qui on administra l'iodure de potassium, il en mourut trois; onze firent usage pendant longtemps et en grande quantité d'huile de foie de morue, et il n'en mourut que cinq.

Quant à nous, nous dirons en définitive : 1° qu'on peut substituer, avec un égal avantage, d'autres substances huileuses à l'huile de foie de morue; 2° qu'à raison de sa saveur et de son odeur désagréables cette huile ne pourrait pas être supportée pendant longtemps, surtout par les adultes, chez lesquels on aurait quelquefois l'occasion de justifier et d'appliquer une observation pra-

server : *un arrêt momentané du cours de la maladie*; *et dans d'autres circonstances, une modification si favorable dans les symptômes les plus alarmants que les malades semblaient être parfaitement guéris.* — Les faits de ce genre seraient à peu près au nombre de 100, et presque tous relatifs à des phthisiques, parvenus à la seconde période de la maladie, qui toussaient depuis plusieurs mois, expectoraient des crachats opaques et mucoso-purulents et avaient déjà subi dans la coloration, dans la nutrition et dans la respiration, une altération telle à faire naître des craintes sérieuses sur leur santé, et à les engager à avoir recours à l'art. Voici, en somme, les effets que l'huile aurait produit : rémission de la toux et de l'expectoration; suspension des sueurs nocturnes; ralentissement du pouls, qui acquérait plus de volume; enfin retour de l'appétit, des forces et de l'embonpoint. — (*Annali univ. cit.*, marzo; 1849).

tique que *Boerhaave* a faite concernant les huiles médicinales sulfureuses des adeptes, dans le passage suivant : *Puto, pingui acri, indigestili, calido nocere debili pulmoni, ventriculo, visceribus languidorum appetitum opprimere, sitim augere*, etc, (1).

DU NAPHTE.

Beddoes et *Berkeley* ayant établi l'opinion dans leur pays que le véritable spécifique de la cachexie tuberculeuse devait être en même temps une substance végétale, un carbure d'hydrogène, et un produit du goudron ; puis, les expériences sur la créosote ayant fixé l'attention sur la quantité des produits analogues qui s'obtiennent de la distillation des bois, comme les acides et les esprits pyro-acétiques, pyroxiles ou pyroligneux, il est probable que c'est de là qu'est venue l'idée au docteur *Jean Hastings* d'expérimenter le naphte dans la consomption pulmonaire. D'après les expériences comparatives de ce médecin (2) sur les diverses espèces de ces esprits acético-ligneux que les anglais appellent indistinctement *naphte* (*naphta*), il fut amené par hasard à distinguer l'esprit pyro-acétique, comme étant supérieur aux autres dans l'usage thérapeutique, qu'il qualifia de médicinal, et dont il détermina les propriétés caractéristiques physico-chimiques pour qu'on sût le reconnaître. En Italie, comme dans les autres contrées, on entend par naphte ou pétrole rectifié les huiles volatiles d'origine minérale qu'on rencontre dans les terrains de formation neptunienne. L'une et l'autre de ces deux espèces sont employées en médecine contre les broncorrhées chroniques et, dans ces derniers temps, dans la consomption tuberculeuse, et M. *Ruspini* (3) nous apprend avoir vu le naphte (*petroleum*) administré par beaucoup de praticiens dans la phthisie pulmonaire, à la dose que *Hastings* donne l'acétone. Dans le mémoire de *Ruspini* sont consignées 37 histoires de phthisies fort avancées, constatées par l'ensemble des symptômes rationnels et sensibles, qui auraient cédé à l'usage du naphte. Nous allons rapporter pour exemple la relation de la maladie de monsieur Seabrook, intendant de la duchesse de Kent, écrite par lui-même et adressée au docteur *Hastings*. Le malade, dont il est question , affecté, depuis plusieurs mois, de toux accompagnée d'expectoration, et sujet à des sueurs nocturnes, avait en vain suivi le traitement conseillé par

(1) *Boerhaave*; *Elementa chemiæ*, tom. II ; pag. 273.
(2) V. *Pulmonary consumption succes fully treated with Naphta* ; pag. 770.
(3) *Op. cit.*, pag. 245.

des médecins qui avaient reconnu à l'aide de l'exploration que les poumons étaient le siége de tubercules, lorsque, ayant été soumis à l'usage du naphte, il vit insensiblement les symptômes morbides s'amender ; les sueurs nocturnes se tarir ; l'appétit revenir et la santé se rétablir ; en sorte que, une année après, on put constater, par l'auscultation qu'il n'existait plus aucun signe de la lésion pulmonaire. Le docteur *Labus* (1) employa la même substance avec succès, comme il conste de deux cas, dont il a donné la description. Le premier est relatif à une paysanne de 33 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, ayant une peau fine, des lèvres saillantes et une conjonctive catarrheuse, laquelle, admise dans le grand hôpital de Milan, fut placée parmi les malades atteints de maladies chroniques, vu que l'exploration avait révélé l'existence d'une caverne pulmonaire correspondante à la fosse sus-scapulaire gauche démontrée par le gargouillement, etc. — Au moyen du naphte associé au sirop diacode, la toux, qui depuis longtemps affligeait la patiente, et les crachats, diminuèrent ; la respiration devint plus libre. Dans le courant du mois de septembre elle se relâcha dans l'usage du naphte, qu'elle avait déjà pris, à cette époque, à la dose d'environ quatre à cinq livres. On lui administra en même temps une décoction de polygala et quelques bains médicamenteux. Finalement la malade guérit complétement. Dans le mois d'octobre suivant on n'entendait plus qu'une respiration exagérée au-dessus du bord du scapulum du côté droit, et du râle muqueux à la partie latérale inférieure du même côté, tandis que la respiration était un peu moins développée que de coutume postérieurement à gauche. — Le second cas concerne une servante âgée de 42 ans, d'une complexion lymphatique. Elle avait commencé par ressentir des douleurs au côté droit de la poitrine et était atteinte depuis vingt-trois mois de toux accompagnée d'expectoration de crachats sanguinolents, quand elle entra à l'hôpital, le 4 avril 1843, avec une légère diarrhée ; fièvre ; expectoration abondante ; sueurs noctures, et symptômes de tuberculisation avancée dans les poumons. Sous l'usage continué du naphte administré d'abord à la dose de six gouttes par jour associées à du sirop diacode, que l'on augmenta successivement et par degrés

(1) *Gazetta médica di Milano*, 7 marzo 1846 e 6 febbrajo 1847. Le docteur *Ruspini* dit (*loc. cit.*), que *Labus*, a expérimenté le naphte (*acétone*), ainsi que le naphte (*petroleum*). Mais pour prévenir toute espèce d'interprétation à ce sujet il avertit qu'il est ici question de la substance appelée naphte, qui résulte de : carbone 87, 60 ; hydrogène 12, 78; et dont la pesanteur spécifique est de : 0,836.

jusqu'à 120 gouttes, et que l'on porta même ensuite à 170 gouttes; tantôt en persistant dans les quantités sus-indiquées, tantôt en les diminuant, pendant six ou sept semaines; tous les symptômes s'allégèrent à un tel point que le 28 octobre elle avait acquis de l'embonpoint; les fonctions digestives et excrétoires s'exécutaient normalement; il n'y avait plus ni toux ni expectoration; la respiration vésiculaire était excellente, seulement exagérée et légèrement bronchique à l'endroit correspondant au bord sous-épineux du côté gauche. — Cette observation nous présente les mêmes inconvénients que nous avons nous-même vu succéder à l'usage longtemps continué du naphte, savoir: épisgastralgies; légères diarrhées qui parfois deviennent opiniâtres, et surtout action trop faible et trop lente, qui ne permet d'administrer ce remède que dans quelques cas exceptionnels, et non sans risque de perdre quelquefois un temps précieux que, avec une méthode plus active, on aurait pu mieux employer et avec plus de succès le traitement. — Ces faits concordent avec l'expérience du docteur *D. A. M.* qui, dans la *Gazzetta medica di Milano*, N° 13, 1847, expose quelques réflexions critiques sur les deux observations du docteur *Labus*, tendantes à démontrer qu'il a probablement confondu la bronchite chronique avec la phthisie pulmonaire; ajoutant, mais d'une manière trop vague, avoir eu occasion de voir le naphte prescrit à des individus affectés réellement de phthisie, mais sans aucun avantage. C'est aussi ce que nous avons eu lieu de constater chez *Bernard Viglietti*, qui, couché dans une de nos salles, au N° 61, présentait les signes les plus manifestes, comme l'autopsie vint le confirmer ensuite, d'une ample caverne qui occupait le lobe moyen et une partie du lobe supérieur du poumon gauche. Cet homme fut traité, pendant trois mois au moins, avec le naphte acétone, dont il ne prit qu'une drachme par jour attendu qu'il ne pouvait pas en tolérer des doses plus élevées. Au bout de quinze jours l'amélioration qui s'ensuivit et que nous avons constatée, tant au moyen de l'auscultation, que par l'état général de la fièvre et par le propre sentiment du malade; cette amélioration était tellement prononcée que nous en avions déjà porté un pronostic favorable, quand, sans causes connues, l'affection venant à prendre une marche rétrograde, entraîna le malheureux dans la tombe. — Néanmoins, même après la mort, on découvrit plusieurs indices qui devraient probablement témoigner des bons effets produits par le naphte, puisque, à l'ouverture du cadavre, je ne rencontrai d'autre altération dans le poumon que quelques tubercules à l'état crétacé, gros comme des pois, entremêlés de tubercules miliaires moux et friables, semblables à du plâtre. — La vaste excavation

que l'auscultation avait annoncée, contenait une sérosité lactescente, exempte de pus. — Ses parois étaient formées d'un tissu fibreux, dense, blanc, comme du cartilage, qui présentait tous les caractères des membranes dites cartilagineuses, de cicatrisation. — Il nous semble donc que dans ce cas la nécroscopie peut nous autoriser à croire que le naphte, administré pendant longtemps, est réellement parvenu à exercer une action bienfaisante sur la maladie tuberculeuse, analogue à celle que produit l'huile de foie de morue ; mais trop faible et trop lente pour qu'on puisse, dans dans la majorité des cas, avoir en elle une entière confiance.

Dans le courant de la présente année, ces observations ont été confirmées par huit autres cas de tuberculisation suppurée, dont j'ai examiné et annoté chaque jour, avec soin, tous les phénomènes qu'ils présentaient, et d'après lesquels je puis consciencieusement conclure : 1° que son action dynamique est légèrement déprimante, élective sur l'organe de la respiration, analogue, sous ce rapport, avec celle du baume de copahu, des térébenthinés et des autres baumes et gommes résines, y compris le goudron, et peut-être même la créosote ; 2° que son action élective sur l'organe respiratoire, s'exerce principalement sur la muqueuse bronchique, puisque l'un des effets que, dès les premiers jours de son usage, les malades éprouvent et manifestent avec la plus grande satisfaction, est l'allégement de la toux, la diminution des crachats et leur expectoration plus facile. — Le docteur *Benson*, a naguère publié un mémoire sur le naphte (1) où se trouvent consignés quatre cas de phthisie dans lesquels ce remède a été pendant longtemps et exclusivement employé, et, en outre, vignt autres cas dans lesquels on l'a donné conjointement à d'autres médicaments. — Selon l'auteur précité le principal effet du naphte serait de diminuer l'expectoration et la dyspnée et peut-être encore de relever les forces à l'*instar* de cordiaux. Mais l'auteur n'assure pas qu'il ait la vertu d'opérer la guérison.

DE L'AMMONIAQUE LIQUIDE ET DES SELS AMMONIACAUX.

L'usage du sel ammoniaque ou hydrochlorate d'ammoniaque dans les maladies chroniques de la poitrine est très ancien. Tant que la phthisie fut considérée comme une affection pituiteuse et que les tubercules furent désignés sous les noms de vomiques, d'engorgements purulents, etc., cette substance saline continua à jouir d'un grand crédit. *Tillenius* l'employait avec prodigalité ; *Marx* la

(1) *Dublin medical Press* ; juillet, 1845.

combinait au camphre et, de nos jours, nous avons vu le docteur *Cless* (1) de Stuttgard, se présenter presque comme le premier qui ait proposé et introduit ce spécifique dans le traitement des maladies pulmonaires. Cet auteur dit que plusieurs phthisiques auxquels on administra ce sel, en ressentirent une amélioration considérable. Toutefois il n'attribue de l'efficacité au sel ammoniaque que dans la première période de la tuberculisation. Suivant lui, on peut en porter la dose jusqu'à 240 grammes dans l'espace de 15 à 30 jours; il cite un malade qui en prit 800 grammes en 80 jours, et c'est celui qui en obtint le plus d'avantage, sans que les fonctions digestives en eussent éprouvé aucun dérangement. Nous avons été témoin à Paris, d'une semblable application, dans une des plus renommées cliniques de cette capitale, où l'un des plus savants et des plus honorables médecins de notre époque s'imaginait de pouvoir dompter les lésions internes, les désorganisations meurtrières qu'entraîne cette maladie. Voilà les illusions dans lesquelles les chiffres entraînent quelquefois les plus grands hommes! De nos jours, combien ne compte-t-on pas de semi-homeopathes qui, à l'aide d'une valeur à peine supérieure à zéro, prétendent obtenir un produit d'environ un millier! Au demeurant, l'usage de l'*ammonium* est fort ancien. *Dioscoride* en décrit deux modes d'administration (2), et on connait dans toutes les pharmacies le lait ammoniacal que nos devanciers prescrivaient fréquemment, sous mille formes variées, dans les bronchorrhées et dans les phthisies pituiteuses. Il en est de même des pilules dites pectorales ou de gomme ammoniaque, l'un des remèdes les plus populaires, et de l'esprit de *Mindererus*; et quant aux effets et à l'activité, n'en diffèrent pas beaucoup les diverses préparations de baumes et de pilules balsamiques anti-phthisiques dont les principaux ingrédients sont l'oliban et la myrrhe qui est la principale substance constituante de la fameuse mixture anti-hectique de *Griffith*, si préconisée par les anglais, et dont voici la composition :

Myrrhe.	4	grammes.
Infusion de camomille. .	180	—
Sulfate de fer	0,75	centigrammes.
Sirop d'écorces d'oranges.	30	grammes.

Dose : deux ou trois cuillerées par jour.

(1) *Gaz. méd. de Paris*; 1832, pag. 8.

(2) *Ammoniacum, dit Dioscoride*, gignitur in Africâ juxta ammonis oraculum, succum stillante ferulacea arbore..... Mollit, extrahit, calefacit, tubercula duritiesque distulit..... Auxilio est anhelantibus, orthopnoicis; item quibus humor in pectore coit, si cum melle delinquatur aut cum ptisanae succo sorbeatur.

L'ammoniaque liquide considéré jusqu'ici comme stimulant, a été naguère transformé par les italiens en un remède déprimant et envisagé par les anglais comme un agent chimique apte à absorber l'excès d'oxygène du sang et à produire ainsi, en vertu de cette propriété, de grands avantages dans les phlegmasies pectorales et dans l'affection comateuse qui accompagne le typhus.

Le professeur *Mojon* (1), a été peut-être le premier qui ait avancé que l'action de l'ammoniaque était déprimante (2). Puis, *Rayer* et *Guérard* (3), l'employèrent dans l'asthme humide, en l'appliquant au moyen d'un pinceau, sur le fond du voile du palais, dans la partie postérieure de la bouche et du pharynx et même en l'administrant à l'intérieur dans l'asthme et dans la tympanite. En outre, *Rognetta*, dans différents articles de son journal a cherché de démontrer et de confirmer cette opinion, non-seulement quant à l'alcali volatil, mais, encore, pour ce qui concerne ses sels et notamment l'esprit de *Mindererus*. Nous avons observé, dit-il, que si l'on fait ingérer à un asthmatique dix, quinze ou vingt gouttes d'ammoniaque liquide, dans une tisane, il arrive bientôt que le pouls perd de sa fréquence, que les conditions pathologiques des bronches s'amendent, comme par enchantement, et que le même effet a lieu quand l'alcali volatil est directement introduit dans les voies aériennes (4). Il trouve une autre preuve à l'appui de son opinion dans les observations du docteur *Guérard* qui tendent à démontrer que l'ammoniaque liquide concentré appliqué en fomentation continue à l'extérieur, est un puissant remède contre les brûlures, au même titre, et en exerçant la même action, que la glace.

Ces sages réflexions, jointes à quelques autres observations pratiques, ayant engagé le professeur *Giacomini* à se livrer à de nouvelles études cliniques sur ce médicament, il s'est aussi convaincu que cet alcali, loin d'être stimulant était, au contraire, doué de propriétés éminemment hyposthénisantes, cardiaco-vasculaires ; et l'on sait qu'il y a des médecins français, entre autres *Demarquay* et *Duméril* (*loc. cit.*), qui ont vérifié, par l'expérimentation,

(1) V. *Journal de Rognetta*; février, 1847, et sa traduction française de l'ouvrage de *Giacomini*.

(2) V. Les notes de *Majon* à la traduction française du traité pharmaceutique de *Giacomini* où (tom. I, pag. 231) il fait mention de l'usage de l'ammoniaque dans l'asthme humide et dans le catarrhe chronique.

(3) *Journal de Rognetta*, tom. III, pag. 289 et 340.

(4) Nous avons précédemment émis des doutes sur l'action prétendûment semblable de cette application externe.

que l'ammoniaque possède la faculté d'abaisser promptement la température vitale.

Depuis au moins une vingtaine d'années, à l'exemple des anciens praticiens, je donnais l'esprit de *Mindererus* dans les fièvres typhoïdes et dans les maladies exanthématiques graves; j'en avais obtenu les succès les plus flatteurs, ayant été à même de confirmer que ce remède, comme l'avaient observé les anciens, provoquait la diaphorèse et surtout modifiait la force et la fréquence du pouls, en sorte qu'il secondait admirablement l'action des émissions sanguines auxquelles j'ai ordinairement recours dans ces maladies. Ces résultats m'ont toujours plus encouragé à faire usage d'un remède si bienfaisant, conjointement à la glace et à d'autres moyens antiphlogistiques. Jusqu'à ce que, ayant entendu parler de l'action de l'ammoniaque liquide dans les phlegmasies de la poitrine, je me suis résolu à l'expérimenter, et j'en ai obtenu du succès dans le traitement des bronchites chroniques, dans l'asthme aigu (1), dans les fièvres typhoïdes et même dans la consomption pulmonaire. Les effets qui ont succédé à son usage, ont été non-seulement ceux d'une dépression vitale, mais aussi ceux qui caractérisent une action élective sur l'organe pulmonaire, action qui, peut-être, est chimico-organique, sous l'influence de laquelle la toux se calme, la respiration diminue de fréquence et devient plus libre, le pouls se montre plus faible et moins irrité. Nonobstant, je ne prétends pas vouloir le proposer comme un spécifique ou un agent qui exerce une grande influence sur la phthisie, mais seulement faire remarquer que son usage, dans cette maladie, m'a été utile, comme modérateur des mouvements respiratoires, de la véhémence de la circulation, de l'irritation et de la violence de la toux; en sorte que je ne trouve pas irrationnelle l'opinion des docteurs *Grantham* et *Yates* (2) sur l'action chimico-thérapeutique de l'alcali volatil. Le docteur *Grantham* rapporte l'efficacité qu'il lui attribue dans l'état comateux qui accompagne la fièvre typhoïde, à ce que l'ammoniaque absorbé dans les premières voies, forme avec l'oxygène et le carbone en excès dans l'organisme, un carbonate d'ammoniaque qui est en suite éliminé avec les urines par les reins. — Après lui, le docteur *Yates* s'est aussi ingénié à donner une explication chimique de l'efficacité du même médicament dans la pulmonite. Une longue observation lui ayant appris que l'ammoniaque produisait de bons effets dans les pul-

(1) J'ai été dernièrement témoin de la prompte guérison d'un asthme par ce médicament administré jusqu'à la dose d'une drachme par jour.

(2) *Gaz. méd. de Paris*; n° 29. — 1848.

monites accompagnées d'une faiblesse, qui ne permettait pas de recourir à des émissions sanguines, il en a déduit la théorie suivante : la phlogose d'un organe est due à la suroxydation du sang qu'il contient, ou bien l'inflammation est la conséquence de certains changements subis par le sang. Ces changements consistent dans un état fibrineux prédominant ; et comme l'ammoniaque est composé, comme l'on sait, d'hydrogène et d'azote (NH^3), son hydrogène viendrait à se combiner avec une partie du sang suroxygéné pour l'*hydrater*, selon l'expression de l'auteur, et former de l'eau, tandis que l'azote se combinerait avec l'excès de l'oxygène du sang pour former de l'acide nitrique. Quoiqu'il en soit de ces deux théories, le résultat définitif, sanctionné par la pratique, demeurerait toujours vrai ; que l'ammoniaque, par son action dynamique primitive ou secondaire, c'est-à-dire comme un effet ou un résultat secondaire de l'action chimique qu'il a exercé sur les tissus vivants ou sur le sang (ce qui est fort probable et très rationnel), peut-être administré avec succès dans les phlegmasies aiguës de la poitrine, et dans les accès d'asthme qui compliquent l'affection tuberculeuse, et même dans cette maladie.

ACIDE HYDROCYANIQUE.

Dès 1831, le docteur *Fantonetti*, entreprit des expérimentations cliniques avec cette substance dans des cas de bronchite chronique et de phthisie pulmonaire qu'il continua pendant plusieurs années et qu'il publia en 1838, dans le journal de médecine de Venise. Les faits qu'il relate témoignent favorablement des effets de l'acide hydrocyanique dans la phthisie pulmonaire. Nous rapporterons, pour exemple, l'observation dont le cocher Bellani, est le sujet (*observazione* 1ª). Cet homme était alité depuis 72 jours, fort amaigri, ayant une grande dyspnée avec une toux continuelle, des crachats purulents, un râle caverneux au sommet des deux poumons accompagné de pectoriloquie, des sueurs nocturnes, de la diarrhée, de l'œdème aux extrémités inférieures, etc. — Huit jours après avoir été mis à l'usage de l'acide hydrocyanique, on n'entendait plus à droite qu'un râle muqueux, légèrement caverneux. — Au bout de dix autres jours, les crachats, la toux, la fièvre, les cavernes, ne s'observaient plus, la respiration était libre et les forces revenaient. Cinq jours plus tard, le malade reprit son état de cocher et sa guérison s'est toujours bien maintenue depuis. Cependant il y a quelques auteurs qui n'ajoutent pas foi à cette guérison, qui la démentent même, parce qu'ils la considèrent comme incroyable, presqu'impossible, en si peu de temps, à cause des profondes lésions qui existaient.

Granville et *Magendie* croient aussi être parvenus à guérir, à l'aide du même médicament, plusieurs tuberculeux au premier et au second degré. *Magendie* fait la réflexion suivante à ce sujet : « J'ai été moins heureux ; je n'ai obtenu aucun succès de l'acide « prussique médicinal, considéré comme moyen curatif de la « phthisie. »

Thomson, Ittner, Cerutti, Ryan et beaucoup d'autres s'accordent avec les auteurs précités. *Billi* dit avoir guéri, à l'hôpital de Florence, avec l'acide prussique, trois phthisies au troisième degré (1). Le professeur *Carresi* déclare avoir eu un bonheur semblable chez un phthisique. Quelques autres médecins, comme *Delens, Coullon*, *Kergaradec*, *Gunther*, etc., l'ont trouvé inutile et parfois nuisible. Quant à nous, nous avons reconnu que l'acide prussique exerce une action trop fugace, et est seulement avantageux dans les cas où il se manifeste des réactions violentes, spécialement dans les pneumorrhagies subites.

THORACENTÈSE.

Si c'est une maxime commune, sanctionnée par l'expérience, que les découvertes et les vérités les plus utiles ne sont pas toujours dues au génie de l'homme, ni aux observations des philosophes, mais que beaucoup d'entr'elles sont nées du hasard ; ou si c'est le hasard qui, en frappant l'attention des philosophes sur les circonstances de quelque phénomène, a mis sur la voie de faire de grandes découvertes, ne soyez pas étonnés, lecteurs, si je viens supposer que c'est le hasard qui nous a révélé les avantages de la thoracentèse ; et ce qui est encore plus remarquable, c'est que le cas fortuit qui en a fait ressortir l'importance, est précisément relatif à un ulcère pulmonaire. En effet, nous lisons dans les ouvrages des plus anciens auteurs (2), qu'un certain Plalerus ou Jason, atteint d'un ulcère pulmonaire et déclaré incurable par les médecins, alors qu'il cherchait désespérément la mort au milieu des combattants, reçut un coup de lance dans la poitrine qui donna issue à une grande quantité de pus, et qu'il guérit de cette manière. — C'est donc une chose de fait. Au demeurant, nous au-

(1) *Repert. med. chir., cit.* 1821, pag. 237.

(2) *Ciceron*; *De naturâ deorum*; lib. 3; cap. 28. — *Pline*; tom. I, lib. 7; cap. 50, s'exprime de la manière suivante : — « Phalereus tum deploratus à « medicis vomice morbo, cum mortem in acie quæreret, vulnerato pectore me- « dicinam invenit ex hoste. » — *Sprengel, storia della medicina*, tom. IX, pag. 1 ; *Dell' Operazione dell' empiema.*

rons occasion, ci-après, de rapporter un cas semblable arrivé depuis peu, et l'on sait que la thoracentèse est empiriquement adoptée et pratiquée par les habitants de l'île *Sandwich* (1) pour frayer une voie au dehors au sang épanché dans la poitrine à la suite d'une blessure pénétrante. Au surplus, du temps d'*Hippocrate*, la ponction de la poitrine devait déjà être fréquemment pratiquée avec succès puisqu'il est question, dans plusieurs passages de ses ouvrages, ou de ceux qui lui sont attribués, du mode, du temps de l'exécuter, des indications qui la commandent, des conditions de réussite, et des circonstances dans lesquelles cette opération est l'unique ancre de salut. Selon ce grand homme, celui-là est un mauvais chirurgien qui ne sait pas reconnaître par la succussion la présence du pus dans le thorax, ou qui, en appliquant le fer ou le feu sur la poitrine, ne tombe pas sur le lieu où siége le mal, ou n'y pénètre pas comme il convient, ou ne pratique pas une ouverture suffisante, etc. (2) — *Si vero non spuatur*, dit-il, *sed sui significationem ad latera prœbeat, secato aut urito. At si neque spuatur, neque ad latera de se significationem prœbeat, ubi multum calida jejunum levasti, et neque potu usum infirma sella locasti, alter ex humeris ipsum apprehendat, tu vero concute ipsum aure ad later admota quo percipias ex utra parte significationem prœbeat.* — C'était donc avec le feu et au moyen d'une incision qu'il exécutait cette opération, et il s'assurait de la présence de l'humeur épanchée en secouant le côté affecté, pendant que l'oreille y était immédiatement appliquée pour en entendre le gargouillement.

Galien confirme positivement que les anciens appliquaient, dans ce but, et comme moyen d'exploration, un fer rougi au feu, sur diverses parties de la poitrine, quand ils n'étaient pas bien certains du lieu occupé par la vomique. Il dit que c'est par ce moyen qu'Euriphonte de Gnide avait sauvé la vie à Cinesias, fils d'Evagoras qui était dans un état de maigreur squélétique (3).

Celse (4) en parle aussi d'une manière favorable.

Malgré les moyens de diagnostic mis en œuvre par les anciens,

(1) *Jos. Frank, loc. cit.*, pag. 412.

(2) *Hippoc.* — Sectio VI, aphor. 27. — Sectio VII, aphor. 24. — *Epid.* lib. 6, sect. 7, n° 8. — *De locis in homine*, pag. 415. — *De morbis*, lib. 1 ; et lib. 2, cap. 16 et 24. — *De internis affection* ; cap. 24. — etc. etc.

(3) *Galien, comment. in aphor.* Hippoc. n° 44, sect. 7, où il s'exprime de la manière suivant : *Postea verso Cinesias Evagoræ filius è pleuritide factus sceleton, præ macilentia pure vacuans id est pus non expuens, arundinacea gerens crura, tabis prenuncius, plurimis escharis corpus inustus ab œuriphonte, etc.*

(4) *De re medicâ*; lib. 4, cap. 8, pag. 197.

que nous venons de faire connaître, et malgré l'expérience de plusieurs succès, la thoracentèse, ainsi que les avantages qu'on en avait obtenus, furent presqu'entièrement délaissés par les praticiens. Et ceux-ci ne s'en occupant presque plus, quoique la plupart des traités de chirurgie voulussent bien encore en faire mention, il advint que, si cette opération ne fut pas tout à fait oubliée, elle fut au moins regardée comme très hasardeuse et, partant, bannie de la pratique. — Néanmoins, malgré le discrédit dans lequel était tombée la thoracentèse jusqu'en ces derniers temps, *Sprengel*, dans son histoire de la médecine fait mention d'un grand nombre d'auteurs distingués, qui l'ont pratiquée avec succès. — Mais, comme cette histoire et les faits y relatés, sauf le cas de *Hughes*, ne concernent que la paracentèse thoracique en général, en tant que moyen curatif général, quand elle est indiquée pour des effusions séreuses ou puriformes, associées ou non à des altérations organiques des poumons, nous nous bornerons ici à exposer les observations les plus remarquables relatives à la thoracentèse en général, comme des pierres d'attente aux preuves ultérieures que nous nous proposons d'apporterà l'appui de cette opération dans le traitement curatif de la phthisie.

Baglivi fut le premier qui la conseilla dans les cas spéciaux d'ulcère du poumon. En se fondant sur un cas de succès, dont il avait été lui-même témoin à Padoue, il se plaignait avec raison que, dans la consomption pulmonaire, les médecins songeaient plutôt à accroître le catalogue des remèdes inutiles, ou à rester honteusement sans rien faire, que de revenir à la pratique abandonnée de la thoracentèse, que de tenter de nouveau cette voie de salut : *Phthisis ab ulcere pulmonum*, dit ce grand médecin, *vulgo pro incurabili derelinquitur, eo quia, ut aiunt, tale ulcus internum est et occultum, nec ut alia externa ulcera mundificari et a pure abstergi potest ; sed quare non id agunt medici ut investigent ulceris situm, eoque detecto sectionem inter costas instituant ut medicamenta introduci possint, rationem sane non agnosco ? Elapso septennio, cum essem Patavii, vir quidam accepit vulnus in dextera thoracis parte ad pulmonem usque penetrans, quod vulneris genus, quamvis lethale sit, chirurgus tamen solertissimus sectionem inter costas fecit per longitudinem fere sex digitorum, ut situm vulnerati pulmonis detegeret ; eo igitur detecto, per vulneraria siringationibus et turundulis introducta, elapsis duobus mensibus perfecte cicatrizavit. Eandem propemodum sedulitatem tentare deberent practicantes in curando pulmonum phthisicorum ulcere, ne tanto artis dedecore, catalogus morborum incurabilium quotidie in immensum augescat. Doctores medici ? Mentis vires assiduis cogitationibus et usu acuuntur, socordiâ vero et despe-*

ratione franguntur. — Telles étaient aussi les opinions de *Willis*, de *Riolan* et de beaucoup d'autres. — Willis s'exprime clairement à ce sujet dans son traité : *De Empyemate. In tali casu pharmacia haud multum opus erit, sed tantum corpore præparato illico ad lateris apertionem procedatur ;* car, ajoute-t-il, dans de si dangereuses circonstances, quand l'urgence des accidents a détruit tout espoir fondé de guérison : *Dummodo vires constabunt, præstat remedium anceps experiri quam nullum.* — Et pour obvier à l'action nuisible de l'air pénétrant dans la plèvre et susceptible de développer des qualités putrides dans l'humeur qui s'écoule de l'ouverture pratiquée, *Willis* conseillait de recourir à une décoction d'herbes aromatiques, dont il faisait communément usage à plusieurs reprises et avec succès.

Riolan fut peut-être celui qui le premier fit remarquer que, même dans le pneumo-thorax, on peut pratiquer la ponction, ayant eu plusieurs fois occasion de voir la paracentèse réussir heureusement dans des maladies qu'on prenait pour des hydropisies de poitrine, bien qu'au lieu d'eau il en eût sorti de l'air avec explosion : *Interdum flatus tam violenter distendit pulmones*, dit-il, *ut præfocationem ad ferat, ni succuratur aperto thorace per ipsam paracentesim, quod sæpius factitatum Parisiis cum magno ægrorum emolumento, et thoracis levatione, etiamsi aquæ nullæ fluxerunt, sed flatus cum violentia displosos* (1).

Malgré des leçons si claires et si rationnelles fournies par l'expérience pratique, ce procédé opératoire demeurait presqu'entièrement dans l'oubli, à cause des difficultés qui y sont inhérentes, alors que *Garengeot* (2) en fit de nouveau ressortir les avantages, exposa les moyens et les règles à employer pour la pratiquer avec succès et en réhabilita presque l'usage, dans les épanchements pleurétiques en général.

Par la suite, les expériences exécutées par Van Swieten sur les animaux vivants ayant démontré qu'on pouvait faire des ouvertures aux parois thoraciques sans grand danger pour la vie (3),

(1) *Enchiridion anatom.* etc. lib. 3, cap. 2.

(2) *Traité des opérations de chirurgie.* 1749, tom. I, chap. 8, pag. 432.

(3) *Van Swieten*, dans ses commentaires sur les aphorismes de *Boerhaave*, tom. I, sect. 170, n° 4, (*De vulnere in genere*), à propos de cette sentence d'Hippocrate sur l'introduction de l'air dans la poitrine à la suite de plaies pénétrantes: *Moritur si in arteriam (asperam) et pulmonem magnæ admodum plagæ inflictæ sunt, sicut percusso pulmone minor sit qui per os prodit spiritus, quam qui per vulnus excidit*, (*Coac. prænot.* n° 505); cherche à démontrer et à expliquer que ces blessures peuvent occasionner la suffocation et la mort,

les inductions des physiologistes vinrent donner plus de valeur au fait par des explications raisonnées, et la thérapeutique tira parti de ce moyen de traitement. L'on sait que le docteur *Barry*

par suite de la compression que subit le poumon de la part de l'air qui s'est introduit dans la poitrine, surtout si l'on a pratiqué des ouvertures aux deux côtés, *Galien* avait déja constaté ce fait par des expériences sur des animaux vivants, qui le portèrent à conclure : (*De usu partium*, lib. 6 ; cap. 3.) — *Quod ideo semivocale et semirespirans illico fiat animal a magnis vulneribus alterutram thoracis partem penetrantibus : voce autem et respiratione penitus destituti si ambæ cavitates perfossæ fuerint.* — Ces enseignements et les expériences ultérieures de *Vésale* (*De corporis humani fabrica* ; lib. 7 ; cap. Ultim.) confirmaient le fait que, quand la plèvre est mise à nu chez des animaux vivants, si l'on vient à la perforer de l'un des deux côtés, le poumon sous-jacent s'affaise aussitôt, tandis que celui du côté opposé continue ses expansions alternatives, qui cessent d'avoir lieu dès qu'on pratique une ouverture à la plèvre qui y correspond. — D'après ces données les praticiens ayant tiré la conséquence que les blessures pénétrantes dans les deux côtés de la poitrine étaient nécessairement et incontestablement mortelles, *Van Swieten* crut devoir s'en assurer par de nouvelles expériences, d'autant plus qu'il avait été témoin d'une expérience fort curieuse qui les contredisait, exécutée sous ses yeux par le docteur *William Houstoun* son ami, lequel lui avait fait voir une petite chienne qui, quoiqu'on lui eût pratiqué une blessure dans l'un et l'autre côté de la poitrine, par où entrait et sortait alternativement un courant d'air capable d'éteindre la flamme d'une bougie allumée qu'on en approchait, continuait à respirer comme auparavant. Des expériences qu'il fit lui-même sur des chiens il tira la conclusion que : toutes les fois que les ouvertures qu'on pratiquait à la poitrine étaient grandes, maintenues dilatées au moyen de canules, et plus amples que l'orifice de la glotte, il se manifestait aussitôt de la suffocation, la voix s'éteignait et l'animal tombait dans un état de mort apparente. Quand on venait à boucher avec les doigts ces ouvertures et à frictionner le ventre de l'animal, les fonctions et la respiration se rétablissaient, la voix revenait, pour s'éteindre de nouveau, dès qu'on ôtait les doigts des ouvertures. De là s'ensuit, selon lui, que les blessures pénétrantes dans les deux côtés de la poitrine ne peuvent être promptement mortelles que dans le cas où leurs ouvertures soient plus larges que l'orifice de la glotte, comme l'avait autrefois dit Hippocrate : *Si percusso pulmone minor sit qui per os prodit spiritus, quam qui per vulnus excidit.*

Bichat répéta et vérifia les expériences de *Vésale*, sans le nommer. En 1836 (novembre et décembre) l'Académie de médecine de Paris, s'occupa pendant plusieurs séances de cet objet, confirma les résultats des expériences prémentionnées et ajouta des nouveaux arguments à l'appui de l'utilité et de l'innocuité de la paracentèse thoracique. Dans cette occasion on combattit *Cruveilhier* qui ayant quelquefois vu la vie et la respiration se maintenir chez des animaux, après qu'on leur avait ouvert les deux côtés de la poitrine, soutenait que l'introduction de l'air dans la poitrine était alors peu ou point nuisible. Si

l'avait préconisé, il y a déjà plus d'un siècle. Suivant sa manière de dire, c'était une inhumanité d'amuser les pauvres malades par des dérivatifs et par des pectoraux, alors qu'il faut donner issue

Cruveilhier avait lu *Van Swieten*, il aurait vu que ce grand homme, étonné comme lui des contradictions apparentes qu'offraient les expériences, avait entrepris de les résoudre : *Conabar* dit-il, *invenire rationem, quare perforato utrimque pectore in animali pergeret vita, et respiratio..... animal summo nixu videbatur expandere pulmonem, ut per vulnus sæpe exprimeretur : sicque aeris ingressum liberum per vulnus impediebat : simul vidi evidenter, quod adductis ad se invicem costis animal minueret vulneris aperturam quam maxime.* Sans doute quand au moyen de canules, il tenait les blessures dilatées, *cessabat*, comme il dit, *illico respiratio, et peribat vox, atque animal videbatur mortuum. Clausis dein digitos impositos tubulorum orificiis, et perfricato valide abdomine, incipiebat iterum citissime respirare, et redibat vox amissa.* — Si ces expériences de *Van Swieten*, et celle de *Haller* son disciple, eussent été connues et méditées par l'illustre anatomiste français, cela lui aurait épargné l'aveu de ses mécomptes, qu'il dut faire à plusieurs de ses collègues, après les avoir lui-même répétées. — On doit dire la même chose d'une observation du docteur *Meynier*, insérée dans la *Gazette médicale de Paris*, an. 1847, pag. 1010, concernant une certaine Rosalie dont les premières côtes racturées traumatiquement permettaient à l'air de s'introduire librement dans la cavité de la plèvre. Dans ce cas, la circonstance qu'il n'y avait qu'un seul côté de la poitrine, qui fut ouvert, tandis que l'autre ne l'était pas, suffit pour expliquer pourquoi la respiration et la vie n'avaient pas cessé de se maintenir. — Néanmoins, quoiqu'il soit généralement admis aujourd'hui que l'introduction de l'air, surtout dans les deux côtés de la poitrine, occasionne un effet pernicieux et mortel, il règne toutefois un désaccord entre les physiologistes et les praticiens, sur la manière de rendre compte de l'affaissement ou du *collapsus* des poumons. Le professeur *Berard*, de Paris, dans le discours qu'il a prononcé à l'ouverture des cours de la faculté en 1847, dit que, jusqu'à présent, les praticiens sont tombés dans la plus grande erreur de physique, lorsqu'ils ont cherché à expliquer cet affaissement pulmonaire, parceque, suivant lui, ils devraient tous savoir que si, après l'ouverture de la plèvre, l'atmosphère vient à comprimer le poumon de dehors en dedans, cette compression est contrebalancée à l'intérieur par l'air qui entre dans la trachée ; d'où s'ensuit que le poumon s'affaise alors, parcequ'il obéit à sa force de rétraction. Puisque deux forces qui s'équilibrent, sont égales à zéro, quand l'air entre dans la poitrine, c'est parceque le poumon l'y attire en se contractant, et non parceque l'air repousse ou comprime le poumon. En effet, observe-t-il, si l'air était mis en contact avec un poumon dépourvu de toute contractilité, bien que compressible et du reste bien conditionné, il ne surviendrait aucun affaissement de ce viscère et il ne s'introduirait pas d'air dans la poitrine. — C'est ce qui arrive dans l'emphysème pulmonaire ; alors le poumon au lieu de s'affaisser, ou de se rétracter, quand on ouvre la poitrine, semble au contraire s'épanouir davantage, comme si les parois thoraciques se fussent opposées à son expansion, cependant dans

à la suppuration par la voie la plus courte, en ouvrant le thorax à l'endroit qui correspond directement au tubercule (1). Cette opé-

ce cas le poumon offrant plus de légèreté et se trouvant distendu par une grande quantité d'air, la pression atmosphérique devrait agir plus puissamment sur lui. S'il en est autrement, c'est que le poumon a perdu son élasticité. En conséquence c'est cette élasticité et non la pression atmosphérique qui constitue la cause du phénomène dont il s'agit.

M. le professeur *Gavarret* professe une semblable opinion, (*Gaz. cit.* p. 908.) En se basant sur la supposition que la seule cause qui, dans l'état normal, retient les poumons contre les parois costales est l'action atmosphérique, il en résulte évidemment, selon lui, que, quand au moyen d'une blessure pénétrante dans la cavité pleurale, on établit une pression contraire capable d'équilibrer la pression interne, le poumon en vertu de sa force de rétraction et conformément à la loi de gravitation, doit tomber sur le point le plus déclive; ensorte que le poumon ne s'affaisse pas parcequ'il est comprimé; *car*, dit-il, l'*action de l'atmosphère étant la même des deux côtés, il ne saurait y avoir de compression.* — M. *Guérin* répond à cela que si c'est incontestablement la pression atmosphérique qui maintient le poumon appliqué à la face interne des côtes, cette pression ou cette cause doit cesser d'agir après la ponction de la poitrine, parce qu'alors se trouve en jeu une force qui doit équilibrer une autre force qui lui est égale. Quant à ce qui arrive dans l'emphysème pulmonaire, *Guérin* fait remarquer que, dans ce cas, l'air se trouvant renfermé dans le tissu interstitiel du poumon, s'infiltre toujours davantage à chaque inspiration et s'accumule de la même manière que cela arrive dans l'emphysème sous-cutané du thorax à la suite de certaines plaies de la poitrine. Or, comme cet air interstitiel ne peut être expulsé, lorsqu'il vient à augmenter et à se dilater de plus en plus, il acquiert une tension élastique supérieure à celle de l'atmosphère, d'où dérive l'expansion que le poumon éprouve quand on ouvre la poitrine.

Maintenant que nous avons passé en revue les arguments et les faits allégués dans leurs discussions, par ces illustres contradicteurs, nous croyons plus conforme à la vérité et plus généralement adoptée l'opinion de *Guérin*, tendante à établir tout simplement que dans le cas de blessures pénétrantes dans la poitrine, le poumon est refoulé, rétracté, tant à cause de la pression atmosphérique qu'à cause de sa contractilité ou de son élasticité.

(1) *Guérison d'une vomique pulmonaire par la thoracentèse.*

Louis Pescioni, âgé d'environ 28 ans avait été atteint d'une péripneumonie franche qui s'était terminée par une suppuration intérieure accompagnée de fièvre continue, de toux, d'émaciation de sueurs et d'autres symptômes graves; alors que le docteur *Pucciardi*, appelé pour lui donner des soins, crut reconnaître qu'il s'était formé une vomique dans le poumon, dont il fallait suivant lui, favoriser la rupture, par un traitement approprié. En effet, sous l'usage des remèdes employés, la toux étant devenue plus violente et plus fréquente, la vomique se rompit dans les bronches. Le pus expectoré présentait le meilleur aspect.

ration fut ensuite préconisée par *Ramagde* qui en fit l'objet spécial et la partie principale de son plan curatif, puisqu'il enseigne

Mais le temps de la *détersion*, par rapport à l'expectoration, était déjà passé, et Pescioni désespérait de sa guérison.

Le médecin traitant s'aperçut alors qu'il s'était formé une petite proéminence, du côté gauche, à la partie antérieure de la poitrine entre la 4e et la 5e vraie côte, à l'endroit où s'était manifestée la douleur inflammatoire, ce qui lui fit soupçonner que le fond de la vomique y correspondait. Le malade ressentait dans cette partie une douleur obtuse, incessante, plus ou moins intense, et ses parents avaient remarqué que la tumeur devenait d'autant plus petite que l'expectoration était plus abondante. — On y avait fait appliquer, en vain, des cataplasmes émollients, des fomentations, etc., pour en hâter l'ouverture. — Dans cet état de choses, le docteur *Pucciardi* proposa d'y pratiquer une incision. — Cette proposition fut communiquée au patient et à ceux qui l'assistaient; et on résolut de faire examiner la tumeur par M. *Andrea Vaccà Berlinghieri*, par plusieurs élèves en chirurgie à l'université de Pise et par M. *Giovacchino Fedeli*, chirurgien. — Tous les consultants approuvèrent l'utilité de l'opération, dont l'exécution fut confiée à ce dernier, qui la décrivit de la manière suivante :

« Je pratiquai une incision de la longueur de deux à trois travers de doigt, « entre deux côtes, sur le point proéminent et douloureux. Mais après avoir « divisé les téguments, les muscles et la plèvre, et pénétré dans la cavité, la « tumeur disparut, et il ne s'en écoula aucune sorte de pus, quoique j'eusse « mis à découvert le poumon qui n'était pas dans un état normal. On décida « qu'il convenait de tenir dilatée l'incision dans l'espérance que si le fond de « la vomique, qui se trouvait sensiblement altéré dans ses environs, fût venu « à se rompre, le pus pût prendre son écoulement par l'ouverture déjà faite.

« Ayant donc mis un peu de charpie pour tenir écartées les lèvres de la plaie « et placé un bandage, je vins visiter le malade tous les jours.

« L'incision ne produisit pas grande douleur ; ni la toux, ni la fièvre ne devin- « rent plus violentes ; l'expectoration ne s'altéra pas et la plaie n'avait jamais « rendu aucune espèce de pus. Le malade était resté dans l'état où il se trou- « vait avant l'incision qui se cicatrisa totalement au bout de sept jours.

« Quinze jours après la cicatrice devint douloureuse et jeta un peu de pus « qu'on crut provenir seulement du tissu cellulaire sous-cutané ; et la douleur « ayant été alléguée par des cataplasmes et des fomentations, l'inflammation « sus-indiquée se dissipa et le malade continua dans le même état qu'aupa- « ravant.

« Un mois s'était écoulé depuis cette époque, c'est-à-dire, il y avait quinze « jours que la première opération avait été faite, et cent-vingt-sept jours que « la rupture spontanée dans les voies aériennes avait eu lieu, quand se mani- « festa une inflammation plus prononcée aux environs de la cicatrice, où s'é- « tant formé une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, et la fluctuation de « la matière qu'elle renfermait étant devenue très sensible, nous prîmes la « résolution de pratiquer une seconde ouverture.

que le meilleur moyen à employer pour guérir la phthisie consiste à favoriser, autant que possible, le repos de l'organe affecté ou du moins de celle de ses parties atteinte de tuberculisation. Or, suivant lui, l'ouverture de la paroi thoracique est une communication établie entre le foyer morbide et l'air extérieur, réalisant cette immobilité, en coopérant à produire un retrait des parois sur le dépôt tuberculeux, qui limite ou empêche l'acte de la respiration. — De semblables réflexions avaient été faites avant *Ramagde*, par le docteur *Garson*, de *Liverpool*, lequel considérant que les poumons se trouvent en tout temps dans un état obligé de dilatation et d'action, attribuait à cette nécessité l'obstacle qui s'oppose à la cicatrisation des ulcères pulmonaires ; et appuyé d'ailleurs sur quelques observations particulières, et sur des expérimentations tendantes à démontrer que, chez l'homme et chez les animaux vivants, l'air pouvait être introduit, sans danger, dans l'un des deux côtés de la poitrine, il proposa la thoracentèse dans le cas de phthisie, afin que le poumon malade, comprimé par l'air extérieur fût retenu forcément dans un état de repos salutaire. Lorsque la guérison avait été ainsi obtenue , on devait procéder à la même ponction du côté opposé, dans le cas

« J'incisai, de nouveau, les téguments, les muscles et la plèvre, et j'obtins « une petite quantité de pus. Mais ayant découvert à la vue un point suppuré « et saillant au-dessus de la surface externe du poumon, de la grosseur d'une « grosse vesce, je m'imaginai que le sac purulent correspondait à ce point et « j'y plongeai la pointe du bistouri. Cette ouverture donna passage à une « grande quantité de pus. Je m'aperçus bientôt que cette tumeur du poumon « était celle qui constituait la maladie de Pescioni, attendu que, peu de temps « après, l'expectoration et la fièvre vinrent à diminuer.

« Je tins constamment dilatée l'ouverture externe par laquelle il se faisait, « tous les jours, un écoulement copieux de pus, qui dura pendant quinze jours « environ, en décroissant progressivement en quantité, et en s'améliorant sous « les rapports de la densité et de la couleur. En même temps, l'expectoration, « la fièvre et les autres symptômes cessèrent ; et comme il ne sortait plus au- « cune sorte de pus de l'ouverture extérieure, et que la fièvre et l'expectoration « purulente n'avaient plus reparu, jugeant que l'incision pratiquée au poumon « était désormais détergée et consolidée, je me déterminai à réunir les bords « de l'ouverture externe, qui ne tarda guère à se cicatriser et compléta la gué- « rison de la phthisie pulmonaire dont était atteint Pescioni qni serait mort « infailliblement si l'art et l'opération chirurgicale n'étaient venus à son « secours. (1) »

(1) Extrait d'un mémoire qui porte pour titre : *Della guarigione di una tise polmonale col mezzo dell'incisione del tubercolo marcioso. Memoria medico-chirurgica del chirurgo Giovacchino Fedeli.* — Pisa ; 1798. *Nella stamperia di Ranieri Prosperi.* (*Le traducteur.*)

d'opportunité. Ces considérations sont validées par des faits et des observations rapportées par le docteur *Houghton* (*Encic. cit*)., et notamment par un cas, décrit dans le *Journal de Dublin*, concernant un maçon qui vécut un an et demi après l'opération, et dont l'existence aurait été prolongée davantage s'il n'avait voulu imprudemment continuer à se livrer à ses travaux fatigants qui occasionnèrent d'abord une pleuro-pneumonie du côté opposé, à laquelle il échappa, pour devoir enfin succomber à la suite d'une inflammation aiguë de l'autre poumon et de son enveloppe membraneuse. Pendant la période susmentionnée, le côté dilaté se contracta, mais il finit par récupérer ses premières dimensions. Les sueurs étiques se tarirent presque tout à fait, dès qu'on eut pratiqué la perforation, les forces et la santé se consolidèrent de manière à pouvoir lui permettre de vaquer à ses occupations habituelles. Le cas que nous venons de rapporter suggéra au docteur *Houghton* quelques considérations relatives aux avantages de l'air comprimant sur l'état tuberculeux du poumon comprimé. Selon lui, le mouvement incessant du poumon et le frottement consécutif que détermine l'acte respiratoire, entretiennent une irritation continuelle et un plus grand afflux de sang autour des tubercules d'où provient leur accroissement et leurs phases progressives. Par contre, dans le pneumo-thorax, l'influence de ces causes n'existe pas, parce que le poumon se trouve appliqué ou refoulé contre l'épine dorsale ; dans un repos presqu'absolu et dans un état d'anémie relative.

Nous ne devons pas, dans cette occasion, nous dispenser de faire connaître le sentiment du docteur *Casorati* (1) qui, en cherchant à confuter les opinions du docteur *Gola*, rappelle le cas du baron *Agazzini*, atteint de tuberculisation suppurée du poumon gauche, dont le sommet était le siége d'excavations tuberculeuses et adhérait aux côtes, tandis que sa partie inférieure se trouvait simplement infiltrée de matière tuberculeuse, avec quelques tubercules, les uns en voie de ramollissement et d'autres à l'état de crudité ; ce qui avait causé un violent engorgement inflammatoire dans le parenchyme de ce viscère. — Or, il arriva que chez ce malade une caverne étant venue à s'ouvrir dans la plèvre, l'air fit irruption dans la cavité où se trouvait la partie inférieure tuberculeuse et engorgée du poumon affecté, exerça, dit le docteur *Casorati*, sur ce viscère une compression bienfaisante, qui eut pour effet de diminuer l'hypérémie et l'irritation de l'organe, ainsi que la fièvre et la toux. — En sorte que M. *Agazzini* put encore

(1) *Gaz. di Milano*, febbr. 1843, n° 5.

vivre quelques mois au delà du terme fatal qu'on avait assigné à sa maladie avant l'apparition du pneumo-thorax.

Au demeurant, il ne faut pas non plus oublier que, à côté des effets avantageux produits par la compression, considérée comme cause motrice d'un ralentissement ou d'une interruption de l'acte respiratoire du côté affecté, on doit opposer les conséquences fâcheuses qui succèdent à l'entrée de l'air, dont l'action irritative engendre souvent une grave pleurésie accompagnée de transsudations plastiques et de suppurations sanieuses. *Schul* rapporte que pendant qu'il procédait à l'extirpation d'une mamelle dégénérée, ayant étendu son incision jusqu'à la plèvre, pour enlever les racines du mal, cette membrane fut ouverte. — Du moment où l'air pénétra dans sa cavité, la malade pâlit tout à coup, et l'on s'aperçut que le poumon était mu passivement par l'action du diaphragme. Au bout de trois jours, la mort survint, et à l'ouverture du cadavre, on rencontra une pleurésie avec une exsudation plastique de trois travers de doigt d'épaisseur (1). Mais aujourd'hui, grâce aux améliorations apportées par *Reybard* (2) et par *Schul* (3) au procédé opératoire, de semblables accidents sont devenus beaucoup plus rares, d'autant plus, si, comme nous l'avons dit, l'opérateur n'y aura recours que quand il aura pu se convaincre, qu'il y a des portions considérables du poumon adhérentes aux côtes. (*La suite à un prochain numéro.*)

ESSAI SUR L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE DES PARTIES CONSTITUANTES DE L'APPAREIL OPTIQUE, OU ORGANISATION DE L'OEIL ET DE SES ANNEXES;

par P.-J. Vallez, docteur en médecine, chirurgie, accouchements; maître-oculiste, à Bruxelles.

Suite : *voir* le n° d'octobre 1851, p. 96.

Article XIX.

(TROISIÈME CATÉGORIE.)

Du cercle ciliaire.

(Anneau, corps ou plexus ciliaires.)

Situation. L'anneau ciliaire est placé dans la cavité de l'œil, à une demi ligne du limbe cornéal, entre la choroïde, la sclérotique et l'iris qu'il circonscrit par sa petite circonférence ; en dedans il est recouvert par les procès ciliaires.

(1) *Annali univ. di med.* feb. 1848.
(2) *Gaz. méd. de Paris*, n°s 3 et 4, 1841.
(3) *Loc. cit.*

Figure. Sa forme est celle d'un anneau ou cercle creux, de couleur grisâtre, pulpeux, ayant une ligne à peu près de largeur, et se trouvant intimement adhérent aux parties contiguës.

Organisation. Quelques anatomistes considèrent le cercle ciliaire comme étant de nature ligamenteuse, d'autres, comme vasculaire. Ces opinions ont été prouvées fausses. L'anneau ciliaire est une substance particulière qui peut être envisagée comme nerveuse, vu le grand nombre de nerfs qu'il reçoit. Cette substance existe par elle-même indépendamment des autres parties ; telle n'est point l'opinion de Winslow.

Artères. Elles viennent des artères ciliaires longues, postérieures, antérieures et de la musculaire, puis se rendent de ce corps à l'iris, pour former le grand, le moyen et le petit cercle irien.

Veines. Leur origine est la même que celle des artères, à l'exception qu'elles marchent en sens contraire.

Nerfs. Le cercle ciliaire doit sa sensibilité, en partie, à la branche nasale et au ganglion ophthalmique (nerfs ciliaires).

Fonctions. Jusqu'aujourd'hui, rien n'est positif à l'égard des fonctions de l'anneau ciliaire.

Généralités. C'est l'anatomiste Fallope qui a découvert le cercle ciliaire.

Chez l'homme le corps ciliaire est creux, il renferme le canal de Fontana, qui est très-difficile à injecter. Ajoutons que Kepler, Portefield et d'autres médecins, disent y avoir découvert des fibres musculaires ; c'étaient peut-être les muscles ciliaires que nous allons décrire.

Article XX.

Des muscles ciliaires.

Il n'y a que quelques années que le docteur W. Clay-Wallace, de New-York, vient de publier l'existence de deux muscles ciliaires. Nous extrayons le paragraphe suivant du journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, publié par la société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, année 1848.

« Il existe deux muscles ciliaires. En disséquant le ligament ciliaire et la choroïde, on trouve le muscle ciliaire externe adhérent à la choroïde, l'interne seul demeure accolé à la portion du corps ciliaire dépourvue de fibres.

« Le muscle ciliaire externe est en rapport avec la sclérotique et le

ligament ciliaire; l'interne avec la membrane celluleuse qui réunit les procès ciliaires ; tous deux sous insérés à la choroïde, à la ligne de terminaison de la rétine. Le muscle ciliaire externe est séparé du muscle ciliaire interne par le canal central de Fontana.

« L'usage de ces muscles serait : pour l'externe, de produire la tension des procès ciliaires qui sont attachés à la cristalloïde antérieure et d'attirer ainsi le cristallin en avant pour accommoder cet organe à la vision d'objets rapprochés ; et pour l'interne, son action serait de porter le cristallin en arrière et de produire aussi l'ajustement de l'organe pour la vision d'objets éloignés. »

Notons que l'action de ces deux muscles n'a lieu que par voie indirecte, c'est-à-dire, par la correspondance ou la contiguité de leurs attaches.

Article XXI.

Des procès ciliaires.

Situation. Ils sont situés entre l'iris, le corps vitré et derrière le cercle ciliaire, auquel ils adhèrent, circonscrivant le cristallin sans cependant avoir des unions avec lui dans l'état normal.

Quelques anatomistes pensent que les procès ciliaires sont attachés par des membranes délicates, à la partie antérieure de la capsule du cristallin et à la paroi antérieure du canal de Petit. Cette opinion n'est point admise aujourd'hui.

Forme. Leur forme est celle de petits plis, fusiformes, longitudinaux, et disposés de telle façon qu'ils peuvent être comparés aux disques d'une fleur radiée. Chaque pli est libre d'union et a une ou deux lignes de longueur. On compte de soixante-dix à cent et plus de ces plis, alternativement plus longs et plus courts.

Organisation. Ces plis membrano-vasculaires ont la même structure que la choroïde, ils sont très-extensibles et recouverts d'un enduit noirâtre très-abondant ; l'enduit étant enlevé, leur tissu propre est rougeâtre.

Artères. Elles abondent dans les procès ciliaires ; elles ne sont que le prolongement de celles qui se rendent à l'iris et au ligament du même nom venant des artères ciliaires.

Veines. Les veines vont se décharger dans le vasa-vorticosa de la choroïde.

Nerfs. Ils émanent du ganglion lenticulaire ou ophthalmique.

Fonctions. Il paraîtrait d'après Hueck de Dorpat, que les contrac-

tions des procès ciliaires pousseraient le cristallin en avant, dans l'ajustement des yeux, en chassant l'humeur aqueuse dans le canal de Petit.

Généralités. Plusieurs auteurs ont supposé que ces replis n'étaient rien autre que des muscles, des nerfs, des artères ou des veines. Si on enlève ces replis du corps vitré, ils laissent pour trace des dépressions circulaires, nommées zônes ciliaires de Zinn.

Article XXII.

Du canal de Fontana.

On doit à l'abbé Fontana la découverte de ce conduit capillaire qui est moins bien connu que celui de Petit. D'après les plus célèbres anatomistes anciens, le canal dont il est question, serait situé dans l'intérieur de la substance que constitue le cercle ciliaire, d'après des auteurs modernes, ce serait un *sinus* circulaire, situé au pourtour de l'iris, adhérent au cercle ciliaire et formé par la réunion de la cornée avec la sclérotique et la choroïde ; il recevrait une grande quantité de vaisseaux sanguins, venant des membranes précitées. Dans son état morbide ou d'engouement, il apparaîtrait bleuâtre ; dans ce cas, Beer l'appelle cercle arthritique, et Sichel, cercle veineux. Quoiqu'il en soit, nous ne faisons que le mentionner, et nous laissons à d'autres le soin d'éclaircir ce point de la science encore dans l'obscurité.

Article XXIII.

Du canal de Petit (Godronné).

Situation. Ce canal est situé vers la périphérie de la lentille cristalline, au niveau et derrière les procès ciliaires.

Organisation. Il est formé par l'écartement des deux feuillets de la membrane hyaloïde ; ce conduit est triangulaire, à base reposant sur le pourtour du cristallin, son sommet correspond à la bifurcation de la tunique de l'humeur vitrée.

Le feuillet antérieur se rend sur la capsule cristalline antérieure, et se trouve recouvert par la zône ciliaire ; le postérieur se dirige jusque sur la capsule postérieure de la lentille achromatique.

Généralités. On ne connaît rien sur l'utilité de ce canal ; il ne contient aucun liquide.

A l'aide d'une insufflation d'air, ce conduit circulaire devient apparent, bosselé, et représente dans cet état un chapelet, ou bien un ancien ornement nommé godron, de là le nom de canal godronné.

Suivant le docteur Ribes, il existe, entre le canal de Petit et le corps ciliaire, des canaux qui conduisent l'humeur aqueuse dans les chambres de l'œil et qui la ramènent de ses cavités, par une sorte de circulation.

Article XXIV.

Du canal hyaloïdien.

Situation. On le rencontre dans l'intérieur de l'humeur vitrée, en suivant la direction de l'axe visuel ou oculaire. J. Cloquet a fort bien décrit ce canal.

Organisation. Ce conduit est formé par un prolongement de la membrane hyaloïde, partant d'arrière en avant.

Fonctions. Il livre passage à l'artère et à la veine centrale de la rétine, ainsi qu'au nerf qui les accompagne, pour se rendre avec eux jusqu'à la cristalloïde et peut-être aussi jusque dans le cristallin même. Dans leur trajet, ces vaisseaux fournissent des ramifications au corps vitré; ils naissent des coronaires rétiniens.

Article XXV.

Des chambres de l'œil.

La cavité du globe oculaire peut-être divisée en deux compartiments inégaux : le plus petit compartiment est nommé *chambre antérieure.* L'autre, est nommé *chambre postérieure.*

Chambre antérieure. C'est l'espace compris entre la cornée et l'iris; espace convexe en avant, plan ou vertical en arrière.

Du centre de la concavité cornéenne au bord pupillaire, la chambre antérieure a une étendue d'une à deux lignes. Comme nous l'avons déjà dit, cette chambre contient l'humeur aqueuse.

Chambre postérieure. Les auteurs désignent, par ce nom, l'espace existant entre la pupille et la capsule antérieure. Ils lui attribuent une profondeur d'un huitième de ligne. Quant à nous, nous disons que la chambre postérieure n'est autre que le grand espace compris entre la face postérieure ou pigmenteuse de l'iris et la face concave de la rétine.

Ce compartiment bulbaire renferme le corps vitré et l'appareil cristallinien.

Fonctions des chambres oculaires. Les cavités ou chambres de l'œil, servent, en partie, à donner une forme à l'organe optique, à maintenir fixes les corps réfringents séparés les uns des autres, et à donner à ces mêmes organes une certaine position qui les rende propres à modifier

les rayons lumineux lesquels les traversent dans le phénomène de la vision.

CHAPITRE DEUXIÈME.

Système artériel.

C'est l'ensemble des artères considérées depuis leur origine jusqu'à leur terminaison dans les divers organes.

Haller le définit : une suite de cylindres continus successivement plus petits, qui portent le sang dans tous les organes des deux vies *animale* et *végétative*.

L'*aorte* est le tronc commun de tout le système artériel. Ce tronc principal part du cœur avec l'artère pulmonaire, de là deux systèmes :

1° L'un à sang rouge (*artère aorte*) ;

2° L'autre à sang noir (*artère pulmonaire*).

Article I.

Artériophthalmographie.

L'appareil artériel de l'œil et de ses dépendances est moins fort que le système nerveux, quoiqu'il soit néanmoins assez développé.

Chaque partie de l'organe optique a, en quelque sorte, son tempérament propre et ses maladies, dont les caractères anatomiques ou objectifs différentiels reposent sur l'état particulier des vaisseaux congestionnés.

Les artères qui alimentent l'appareil de la vision, proviennent de deux sources ayant elles-mêmes une origine commune (*artère-carotide interne et carotide externe*).

Les vaisseaux qui nourrissent les parties internes de l'œil, partent communément de la carotide interne; tandis que ceux destinés aux tissus extérieurs de l'œil, naissent de la carotide externe.

De ces deux artères-mères, émanent des rameaux dont plusieurs s'anastomosent les uns avec les autres ; quoique d'origine différente, ils alimentent ensemble quelques parties de l'appareil optique, interno-externe.

Les vaisseaux des paupières sont, les artères sus et sous-orbitaires, la frontale, les deux palpébrales internes venant de l'ophthalmique, et les palpébrales externes, terminaisons de la lacrymale.

Article II.

Pour la commodité du lecteur, nous donnons ici un tableau synop-

tique des artères spéciales de l'œil et de ses annexes, en suivant leurs ramifications subséquentes.

- Artère carotide interne.
  - Branches de l'ophthalmique.
    - A. *En dehors du nerf optique.*
      - La lacrymale.
      - La centrale de la rétine.
    - B. *Au dessus du nerf optique.*
      - La sus-orbitaire.
      - Les ciliaires.
      - La musculaire supérieure.
      - La musculaire inférieure.
      - Terminaisons de l'ophthalmique.
        - La nasale et la lacrymale.
    - C. *En dedans du nerf optique.*
      - L'ethmoïdale postérieure.
      - L'ethmoïdale antérieure.
      - La palpébrale supérieure.
      - La palpébrale inférieure.
- Artère carotide externe.
  - *Branches.* La faciale et la maxillaire ext.
    - Terminaison de la carotide externe.
      - La temporale et la maxillaire interne.
        - Terminaison.
          - Faciale transverse.
        - Terminaisons.
          - Temporale prof. ant. et la sous-orbitaire.

Article III.

Artère carotide interne.

(Branche de la carotide primitive).

La carotide interne monte le long de la colonne vertébrale, entre dans le crâne par le canal carotidien. Près du sinus caverneux, la carotide interne donne quelques rameaux qui accompagnent le nerf moteur externe, le moteur commun et le trijumeau. Arrivée en dedans de l'apophyse clinoïde antérieure, la carotide interne donne naissance à la branche ophthalmique, et se divise dans la boîte osseuse en artérioles communicantes de Willis, choroïdiennes et cérébrales.

Artère ophthalmique.

Ce vaisseau fournit une multitude de rameaux destinés particulièrement à l'œil, dont quelques-uns s'étendent jusqu'aux parties accessoires. L'ophthalmique naît dans le crâne, de la carotide interne, derrière l'apophyse clinoïde antérieure, et entre dans l'orbite en traversant le trou optique, se plaçant tantôt en dehors, tantôt au-dessus, tantôt en dedans du nerf de la seconde paire (optique).

Article IV.

A. *Branches que donne l'ophthalmique en dehors du nerf optique.*

(La lacrymale et la centrale de la rétine).

Branche lacrymale.

Née de l'ophthalmique dans la cavité orbitaire, elle se dirige jusqu'à la glande lacrymale, où elle s'insinue. Dans son trajet, elle fournit des rameaux à l'iris ciliaire et aux muscles abaisseur, abducteur, adducteur, élévateurs, aux deux paupières, où ils s'anastomosent avec la musculaire inférieure, la palpébrale supérieure et l'inférieure de l'ophthalmique, avec la temporale superficielle, et forment sur chaque cartilage une arcade vasculaire. Au delà de la glande lacrymale, l'artère du même nom se subdivise et va se perdre en plusieurs ramuscules dans l'angle temporal des voiles mobiles.

Artère centrale de la rétine.

Cette petite branche naît de l'ophthalmique, dès son entrée dans l'orbite.

La centrale de la rétine provient parfois, soit des ciliaires, soit des musculaires. Quoiqu'il en soit, ce vaisseau à sang rouge pénètre le

nerf optique à son centre, et va s'épanouir sur la face interne de la rétine sous forme d'un réseau, dont Ruysch a fait une membrane particulière.

Disons aussi qu'Albinus a trouvé un ramuscule parti de la centrale, qui traversait le corps vitré à son centre, et donnait même des ramifications à la membrane hyaloïde et jusqu'à la cristalloïde postérieure. Nous pensons, à ce sujet, que le canal hyaloïdien de Jules Cloquet, justifie l'observation d'Albinus.

Article V.

B. *Branche que donne l'ophthalmique au-dessus du nerf optique.*

(La sus-orbitaire; les ciliaires ; et les deux musculaires supérieure et inférieure).

Branche sus-orbitaire.

Elle tire son origine de l'ophthalmique, accompagne le nerf du même nom jusqu'à l'ouverture orbitaire antérieure. Dans son trajet, elle envoie des rameaux aux muscles élévateurs et au périoste de l'orbite. A sa sortie du trou orbitaire antérieur, elle se partage en deux rameaux, dont un *supérieur*, sort par l'ouverture orbitaire supérieure pour se rendre au muscle palpébral, sourcilier, frontal et pour s'anastomoser avec des provenances de la temporale superficielle et de la frontale.

L'autre rameau inférieur sort de l'orbite vers l'angle temporal et va se distribuer dans le muscle palpébral et le muscle sourcilier, pour s'unir ensuite aux rameaux de la temporale et de la lacrymale.

Artères ciliaires.

Leur nombre est indéterminé ; il y en a de deux à dix. Nées ordinairement de l'ophthalmique, elles tirent quelquefois leur origine soit des musculaires inférieures, soit de la sous-orbitaire, soit de l'ethmoïdale postérieure, soit enfin de la lacrymale.

Toutes accompagnent le nerf optique jusqu'à la sclérotique; là, elles s'anastomosent les unes avec les autres avant d'entrer dans la coque de l'œil.

Le nombre de ces anastomoses s'est élevé jusqu'à trente et plus haut pour former les ciliaires ; toutes ces ramifications pénètrent isolément les tuniques de la coque oculaire, pour se diviser en ciliaires longues, en ciliaires postérieures ou courtes et en ciliaires antérieures.

Ciliaires longues. Ces rameaux sont distincts des autres dès leur origine. Leur nombre est restreint à deux. Ils cheminent entre la

sclérotique et la choroïde jusqu'au corps ciliaire ; là, ils se divisent chacun en deux ramuscules qui s'écartent à angle obtus, lesquels ramuscules s'anastomosent avec ceux venant des ciliaires antérieures, et concourent ensemble à former sur la circonférence de l'iris, le grand cercle artériel très-remarquable dans sa congestion.

De la concavité de ce cercle, naissent un grand nombre de ramuscules secondaires plus petits, qui, anastomosés diversement, forment, sur la partie médiane de l'iris, un second cercle nommé moyen. De ce cercle artériel moyen, partent une infinité de ramifications très-tenues, convergeant toutes vers la pupille à l'instar d'une fleur radiée. Arrivées au bord pupillaire, elles s'entre-croisent de mille manières pour former autour de cette ouverture un troisième anneau artériel, qui a été regardé par quelques anatomistes, comme un muscle dilatateur de la prunelle.

Ciliaires postérieures. Plus nombreuses que les ciliaires longues, elles voyagent sur le bulbe de l'œil entre la sclérotique et la choroïde, où, après avoir fourni des ramifications à ces deux membranes, elles se subdivisent en un grand nombre de ramuscules tenus qui s'écartent tous à angle aigu. Plusieurs s'anastomosent les uns avec les autres, plusieurs avec les ciliaires antérieures, d'autres, enfin, dépassent le corps ciliaire et vont aboutir au grand cercle artériel de l'iris, après avoir fourni des ramuscules aux procès ciliaires.

Ciliaires antérieures. Ces dernières ne naissent pas directement de l'ophthalmique, elles sont fournies soit par les musculaires, soit par la sus-orbitaire, soit par la lacrymale (*rameau de l'ophthalmique*). Quelques-unes se rendent jusqu'à la cornée.

Branches musculaires.

Elles sont au nombre de deux : Une supérieure et une inférieure. Elles naissent de l'ophthalmique.

Lorsque les musculaires sont arrivées près de la sclérotique, elles fournissent vers l'union de cette tunique albuginée avec la cornée, quelques ramuscules déliés qui traversent la coque de l'œil, et se divisent en huit ou douze ramifications lesquelles se rendent au corps ciliaire ; quelques-unes se perdent dans le grand cercle artériel de l'iris.

Plusieurs de ces ramifications s'anastomosent avec les ciliaires longues.

1° *Branche musculaire supérieure.* Elle n'existe pas toujours. Les principales ramifications de cette branche artérielle se rendent à l'élé-

vateur oculaire, à l'élévateur palpébral, au grand rotateur, de l'œil à la sclérotique et au corps ciliaire. Quand la musculaire supérieure manque, c'est la lacrymale, la sus-orbitaire qui supplée à moins que les ciliaires ne le fassent.

2° *Branche musculaire inférieure.* Celle-ci existe constamment. Par ses divisions elle se rend aux muscles adducteur, abaisseur, abducteur, au petit oblique et au sac lacrymal. Quelques ramifications s'anastomosent avec la sous-orbitaire de la maxillaire interne.

La musculaire inférieure peut aussi fournir une ciliaire qui concourt à la formation des arcs iriens.

Article VI.

C. *Branches que donne l'ophthalmique placée en dedans du nerf optique.*

(L'ethmoïdale postérieure, l'ethmoïdale antérieure, la palpébrale inférieure, et la palpébrale supérieure).

Branche ehtmoïdale postérieure.

Elle est née de l'ophthalmique. Avant de se distribuer dans la narine, elle fournit parfois quelques ciliaires ; ou bien, elle s'anastomose avec l'ethmoïdale antérieure, et des ramifications de la nasale.

Branche ethmoïdale antérieure.

Elle provient de l'ophthalmique, et s'introduit dans le trou orbitaire interne avec le nerf nasal.

L'ethmoïdale antérieure s'anastomose avec l'ethmoïdale postérieure et avec la sous-orbitaire ; elle donne parfois une artériole au sac et à lacaroncule lacrymale.

Branche palpébrale supérieure.

Elle naît de l'ophthalmique près du tendon direct du palpébral et se distribue en partie dans ce muscle, dans le sac, la caroncule lacrymale, dans le fibro-cartilage, le tissu cellulaire et la peau de la paupière supérieure. Vers l'angle externe de l'œil, cette artériole s'unit à la palpébrale inférieure et à quelques ramifications de la lacrymale.

Branche palpébrale inférieure.

Elle tire son origine de l'ophthalmique, aux environs de la poulie du muscle grand rotateur de l'œil.

Parfois, cette branche artérielle naît de la branche nasale. Dans son

trajet, elle donne des rameaux au muscle palpébral inférieur, au sac lacrymal, à la caroncule lacrymale, au cartilage et à la peau de la paupière inférieure. Quelques rameaux s'anastomosent avec ceux de la palpébrale supérieure et avec la sous-orbitaire.

Article VII.

D. *Branches de terminaison de l'ophthalmique.*

(Ce sont la nasale et la frontale.)

Branche nasale.

Cette artère résulte de la bifurcation de l'ophthalmique derrière le tendon du palpébral. La nasale sort de la cavité orbitaire en passant au dessus du tendon direct du palpébral, fournit des rameaux au sac lacrymal, lesquels s'anastomosent avec ceux de la sous-orbitaire. Un autre rameau se rend à l'élévateur de l'aîle du nez et à celui de la lèvre supérieure pour s'anastomoser dans son parcours avec des rameaux de la faciale.

Branche frontale.

C'est la seconde branche de la bifurcation de l'ophthalmique. Aussitôt formée, elle se porte en dehors vers le trou sus-orbitaire, où elle sort de l'orbite, et se divise en plusieurs rameaux qui se joignent au muscle frontal, au palpébral, au sourcilier, et s'anastomosent avec des rameaux de la branche opposée et avec ceux venant de la temporale superficielle.

CHAPITRE TROISIÈME.

Artère carotide externe.

Elle naît de la carotide primitive.

Elle s'étend depuis la partie supérieure du larynx jusqu'au col du condyle de la mâchoire et fournit plusieurs branches. Nous ne nous occuperons ici que de celles qui intéressent notre sujet.

Article I.

Branche faciale.

A. Née de la carotide externe, elle tire parfois aussi son origine de la maxillaire externe. La faciale arrivée sur le côté du nez s'unit à la sous-orbitaire, ou à un rameau nasal de l'artère ophthalmique, à la transverse de la face, à la temporale, et se distribue au muscle orbiculaire, aux paupières, au sac lacrymal, etc.

Branche maxillaire externe.

B. Cette branche provient de la carotide externe ; elle donne parfois naissance à la faciale.

La maxillaire externe a de nombreuses anastomoses avec les rameaux artériels voisins.

Article II.

Terminaison de la carotide externe.

Branche temporale.

1° Ce vaisseau naît sous le muscle temporal, donne des rameaux au périoste, à la commissure externe des paupières, au muscle sourcilier, au frontal et au palpébral. La branche temporale s'anastomose soit avec la faciale, la faciale transverse ; la sous-orbitaire, soit avec la frontale et la sourcilière venant de l'ophthalmique.

Branche maxillaire interne.

2° Elle provient de la terminaison de la carotide externe avec la temporale, au niveau du col du condyle de la mâchoire. La maxillaire interne donne un très-grand nombre de rameaux, mais la description de la plupart d'entr'eux nous ferait sortir de notre sujet.

Un de ces rameaux se rend à la glande lacrymale.

Rameau temporal profond antérieur. Il naît de la branche maxillaire interne, et s'anastomose avec la lacrymale, la temporale superficielle et la sous-orbitaire.

Rameau sous-orbitaire. Celui-ci naît de la maxillaire interne au niveau de la paroi inférieure de l'orbite. Le rameau sous-orbitaire se distribue en partie à la sclérotique, à l'iris, au périoste et à la graisse de l'orbite, puis passe par le canal sous-orbitaire, et fournit des ramuscules au muscle abaisseur, au petit rotateur, au palpébral ou orbiculaire, au sac lacrymal et s'anastomose avec des provenances de la maxillaire externe, de la transverse de la face, de la temporale profonde ; avant de se terminer aux muscles labiaux, le rameau sous-orbitaire communique avec la branche nasale de l'ophthalmique.

Transversale de la face. Née de la faciale, cette artériole va se perdre au muscle orbiculaire ; là, elle s'unit à la temporale, et à d'autres ramuscules artériels répandus dans le muscle palpébral.

CHAPITRE QUATRIÈME.

Système nerveux.

Aperçu général. Le système nerveux cérébral est le plus important de toute l'économie, il occupe le crâne et le canal rachidien sans interruption ; c'est le centre commun où aboutissent les sensations externes, et d'où partent les mouvements volontaires.

Chez les vertébrés le système nerveux est double, se compose de nerfs et de ganglions ; l'un est affecté à la vie animale, l'autre à la vie organique.

Ces deux systèmes communiquent entr'eux, sur divers points de leur trajet par des anastomoses, des plexus et des commissures.

Le système nerveux comprend : 1° Les nerfs crâniens;
2° Les nerfs rachidiens ;
3° Et les nerfs des ganglions.

A. Les nerfs crâniens constituent douze paires, implantés plus ou moins symétriquement sur chaque côté de la ligne médiane. Ils tiennent tous à la protubérance cérébrale et à l'origine de la moëlle vertébrale. Le plus grand nombre d'entr'eux a une origine simple (abstraction faite de l'optique et du trijumeau) ; ils sont irréguliers dans leurs distributions, et sortent du crâne par des trous situés à sa base.

Le cerveau et le cervelet n'ont point avec les nerfs crâniens de connexions intimes; mais la moëlle allongée a des liaisons matérielles avec le cerveau.

Classifications. Depuis Sœmmering, on classe les nerfs crâniens en douze paires, en commençant d'avant en arrière.

Première paire. — Nerfs olfactifs.
Deuxième paire. — Nerfs optiques.
Troisième paire. — Nerfs moteurs oculaires communs.
Quatrième paire. — Nerfs pathétiques.
Cinquième paire. — Nerfs trijumeaux.
Sixième paire. — Nerfs moteurs oculaires externes.
Septième paire. — Nerfs faciaux.
Huitième paire. — Nerfs auditifs.
Neuvième paire. — Nerfs glosso-pharyngiens.
Dixième paire. — Nerfs pneumo-gastriques.
Onzième paire. — Nerfs spinaux.
Douzième paire. — Nerfs grand-hypoglosses.

B. Les nerfs rachidiens ou vertébraux, au nombre de trente-deux paires, naissent chacun sur les côtés de la moëlle épinière par deux racines distinctes, l'une antérieure, l'autre postérieure. Ces racines communiquent avec les faisceaux antérieur et postérieur de la moëlle, et résultent chacune de plusieurs filaments réunis, s'anastomosent entr'elles matériellement à leur sortie du canal vertébral et du sacrum au moment de se constituer en nerf proprement dit.

On désigne ces nombreuses paires de nerfs par leur nom numérique de haut en bas, de première, seconde, etc. D'après la région que ces paires nerveuses occupent, elles sont divisées en *cervicales, dorsales, lombaires* et *sacrées.*

Les nerfs rachidiens qui émanent du faisceau antérieur de la moëlle épinière, président au *mouvement*, et celles provenant du faisceau postérieur, au *sentiment.*

C'est à Ch. Bell que l'on doit de savoir que les nerfs ont des fonctions différentes suivant qu'ils naissent de telle ou telle partie nerveuse.

On doit aussi remarquer que les nerfs du mouvement ne sont pas indépendants, au contraire, ils réclament l'intervention des nerfs du sentiment pour l'entretien d'une contraction régulière dans les muscles. De plus, ces deux ordres de nerfs à racines distinctes, sont liés entr'eux par des nerfs sympathiques ou végétatifs. Cette association de filets nerveux de plusieurs ordres constitue l'appareil conducteur du mouvement, du sentiment et de la vie nutritive.

Divisions des nerfs au point de vue de leurs fonctions. (Bennet.)

1° Nerfs des sensations spéciales :

Nerfs optique, auditif, olfactif et une portion du glosso-pharyngien et la branche lacrymale de la cinquième paire.

2° Nerfs des sensations communes :

La plus grande partie du nerf trijumeau et une portion du glosso-pharyngien.

3° Nerfs du mouvement :

La troisième et la quatrième paire ; une faible partie de la cinquième, de la sixième paire, le nerf facial ou portion du grand hypoglosse.

4° Nerfs senso-moteurs ou mixtes :

Le pneumo-gastrique, le spinal ou accessoire de Willis.

5° Nerfs sympathiques.

Ceux-ci renferment les nombreux nerfs ganglionnaires de la tête,

de la poitrine et de l'abdomen, dont les fonctions sont encore, pour quelques auteurs, dubitatives et, pour d'autres, elles paraissent liées aux organes de la vie végétative.

Structure des nerfs. Le tissu nerveux contient des fibres primitives grises, des globules médullaires de ganglions, et du tissu cellulaire particulier.

Structure des ganglions. C'est la même que celle des nerfs, excepté qu'on y trouve moins de fibres grises, et que l'élément médullaire domine dans ces derniers.

Article I.

Névrophthalmographie.

L'appareil nerveux de l'œil est très-compliqué et se compose de nerfs qui président à la vie animale et végétative.

A. — Nerf optique.
B. — Nerf moteur oculaire commun.
C. — Nerf pathétique.
D. — Nerf moteur oculaire externe.
E. — Nerf trijumeau.
F. — Nerf ophthalmique (première branche du trijumeau).
G. — Nerf nasal (rameau interne de l'ophthalmique).
H. — Nerf frontal (rameau moyen de l'ophthalmique).
I. — Nerf lacrymal (rameau externe de l'ophthalmique).
J. — Nerf maxillaire supérieur (deuxième branche du trijumeau).
K. — Nerf facial.
L. — Ganglion ophthalmique.
M. — Nerfs ciliaires.
N. — Ganglion semi-lunaire ou de Gasser.
O. — Grand symphatique.
P. — Ganglion cervical supérieur.
Q. — Et ganglion sphéno-palatin.

(*La suite à un prochain numéro.*)

OBSERVATION DE RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE COMPLIQUÉ DE FISTULE BULBO-SCROTALE;

par H. Legros, médecin.

Bien que ce fait ne présente aucune particularité qui ne se trouve notée dans tous les traités des maladies des voies génito-urinaires, j'ai cru cependant pouvoir vous en relater les principaux détails : d'abord, parce que les fistules urinaires ne sont pas des maladies très communes dans notre pratique militaire, et ensuite parce que je désirais fixer votre attention sur le mode de traitement qui a été employé et qui a procuré une guérison complète en 24 jours.

Le sujet de cette observation est un officier de notre armée, âgé de 45 ans, de grande taille, d'une constitution robuste et d'un tempérament bilioso-sanguin. Dans un duel, qui eut lieu au mois d'octobre 1839, il fut atteint d'une balle qui traversa l'os iliaque droit et alla se perdre dans le petit bassin. Ce ne fut que le quatrième jour que le corps étranger manifesta sa présence par des douleurs qui se firent sentir dans la région du rectum. Un abcès se forma et la balle fut rendue par l'anus dix jours après, sans que le sujet se soit jamais plus ressenti des suites de sa blessure. A part cet accident, cet officier a toujours joui d'une bonne santé et n'a jamais réclamé les soins du médecin que pour des gonorrhées. Il en a eu sept, qui toutes se sont présentées sous la forme chronique. Les six premières, contractées avant l'année 1843, n'ont pas été de longue durée; elles ont guéri dans l'espace de 15 à 30 jours. La dernière, qui datait du commencement de 1844, a au contraire résisté à tous les moyens de traitement mis en usage; l'écoulement blennorrhagique a persisté à des degrés variables jusqu'en 1849.

Dès 1845, le malade s'aperçut que le jet d'urine commençait à perdre de son volume, et que les besoins de miction devenaient plus fréquents que d'habitude. Il consulta à cet effet plusieurs médecins qui s'attachèrent tous à faire disparaître l'écoulement gonorrhéique, et prescrivirent dans ce but du copahu, du cubèbe et des injections de toute espèce. Nonobstant ces divers traitements, la maladie ne cessa de faire des progrès ; le jet d'urine continua à diminuer de volume, il devint bifurqué et tournoyant. Les difficultés de l'excrétion urinaire allèrent ainsi en augmentant, d'une manière insensible, jusqu'au mois de juin 1849, époque à laquelle il survint une rétention d'urine complète.

Ce fut alors qu'on sonda le canal de l'urètre et qu'on constata l'existence d'un rétrécissement. Des efforts de tous genres furent tentés pour remédier à cette fâcheuse complication; ils restèrent

sans résultat. Après plusieurs jours d'anxiété et de souffrances très vives, qui se faisaient plus particulièrement sentir à l'hypogastre et dans la profondeur du périnée, on vit apparaître dans cette dernière région et dans le côté gauche du scrotum, une tumeur volumineuse qui ne tarda pas à s'enflammer et à produire tous les symptômes d'un phlegmon de mauvaise nature. Quelques jours plus tard, une incision fut pratiquée sur le point saillant de la tumeur devenue fluctuante; elle donna issue à une énorme quantité de pus et d'urine.

A partir de ce moment l'inflammation gangréneuse suivit sa marche habituelle ; les parties se dégorgèrent ; le trajet fistuleux s'organisa et les urines passèrent en entier à travers le périnée, pour venir sortir par l'extrémité inférieure et externe de la bourse gauche.

Pendant près de trois mois, de nouvelles tentatives, répétées à de courts intervalles, furent faites par plusieurs de nos collègues dans l'intention de lever l'obstacle qui s'opposait au passage des urines par les voies naturelles ; elles ne furent pas plus heureuses que les précédentes.

En même temps que ces phénomènes se passaient dans les parties affectées, l'état général du malade s'altérait d'une manière notable ; l'amaigrissement augmentait de jour en jour ; les digestions étaient pénibles et laborieuses ; le sujet n'avait plus ni repos ni sommeil ; il s'affectait à tel point, que parfois il nous disait qu'il était résolu de mettre fin à ses jours, si on ne pouvait le débarrasser de son infirmité. C'est dans ces conditions que le malade m'a été remis à la fin du mois d'août 1849 par son médecin traitant.

A ma première visite, j'explorai le canal avec une bougie graduée portant les divisions du mètre. L'instrument fut arrêté à 12 centimètres de profondeur, en dessous et un peu en arrière de la symphise pubienne. Le rétrécissement existait donc à l'origine de la courbure de l'urètre, dans sa portion bulbeuse, siége ordinaire des coarctations succédant à l'urétrite chronique.

La déchirure du canal, qui a dû s'opérer immédiatement en arrière de l'obstacle et en dessous de l'aponévrose moyenne, a permis aux urines de s'infiltrer dans le tissu cellulaire de la gaîne inférieure du périnée, limitée en haut par le ligament de Carcassonne et en bas par l'aponévrose superficielle, pour remonter, de là, jusque vers les bourses. Cette migration de l'urine et du pus, contre l'action de la pesanteur, trouve son explication dans la disposition anatomique des deux plans fibreux que nous venons de nommer, lesquels formant un angle ouvert en avant se réunissent

en arrière vers le coccyx, de manière à s'opposer à toute filtration de liquide de ce côté.

En présence de ce fait, l'indication à remplir n'était pas douteuse : il fallait rétablir le cours naturel des urines, ou en d'autres termes, pénétrer dans la caorctation et la dilater. Après plusieurs essais, tentés à l'aide de divers instruments (bougies, sondes et instruments métalliques), je parvins, dès la première séance, à engager dans la stricture une bougie en gomme élastique extrêmement fine. Cette bougie, fortement étreinte par la portion rétrécie du canal, put cependant être poussée, au moyen de quelques mouvements de vrille, jusqu'à l'orifice vésical de l'urètre ; je la laissai à demeure pendant trente à quarante minutes.

Le surlendemain, je pus réengager la même bougie sans trop de difficulté ; mais je ne la laissai plus en place que cinq minutes, pour la remplacer tout aussitôt par une autre d'un diamètre un peu plus élevé. Le cinquième jour, je réintroduisis la bougie entrée la dernière, et puis deux autres d'un calibre de plus en plus volumineux. Je continuai ainsi à passer dans le canal, tous les deux ou trois jours, deux et trois bougies d'un volume successivement plus élevé, que je ne laissai jamais séjourner plus de cinq à six minutes. Au bout de dix séances, l'urètre était dilaté de manière à permettre l'introduction de sondes volumineuses, ayant au moins six millimètres de diamètre. La tolérance établie chez ce malade, habitué depuis longtemps au passage des corps étrangers dans l'urètre, me permit de renouveler fréquemment mes tentatives de dilatation, sans gêne ni douleurs aucunes. A mesure que nous dilations ainsi le rétrécissement, les urines passaient de moins en moins par la fistule ; et le 24e jour, la miction se faisait tout entière par les voies naturelles.

Depuis bientôt un an et demi que cet officier a repris son service, je ne l'ai sondé que 3 ou 4 fois, et l'émission des urines s'est toujours faite avec facilité et sans entrave.

Ce mode de dilatation, qui a été proposé dans ces derniers temps par M. le docteur Béniqué, me paraît de beaucoup supérieur à celui que l'on a l'habitude de suivre en pareil cas, et mérite, à mon avis, d'être généralement adopté.

A l'aide de ce procédé, on arrive avec facilité à une dilatation *prompte et progressive tout à la fois*, ce qui abrège beaucoup la durée du traitement, sans laisser les malades exposés aux nombreux inconvénients attachés à la présence des sondes à demeure dans les voies urinaires. Il me paraît surtout applicable aux rétrécissements qui ne sont pas de date très ancienne, et qui n'ont pas encore subi

ces transformations calleuses, telles qu'on en rencontre parfois dans la pratique.

(*Archiv. belges de méd. milit.*, août 185 .)

OBSERVATIONS D'UNE PERFORATION DE LA VESSIE SURVENUE DANS DES CIRCONSTANCES FORT REMARQUABLES;

par M. le docteur Cambrelin père, médecin du pénitencier des femmes, à Namur.

Le fait que je vais rapporter n'est pas de date récente ; s'il n'est pas unique dans les annales de la science, il est du moins assez rare pour mériter d'être conservé. On me saura gré, sans doute, de l'exhumer de la série d'observations que j'ai eu l'occasion de recueillir.

Sp..., Louise, est entrée dans la maison le 17 juin 1841, pour y subir la peine de huit années d'emprisonnement. Elle est âgée de 43 ans, bien menstruée, d'un tempérament lymphatique, et dit jouir habituellement d'une bonne santé.

Le 27 mai 1842, elle se présenta à la consultation et fut admise à l'infirmerie pour une maladie que je caractérisai : *Pleurite obscure avec épanchement dans le côté droit de la poitrine.*

Cette affection fut combattue activement et avec succès par les amers, les diurétiques, les vésicatoires sur la poitrine, et cette détenue retourna au quartier le 14 septembre suivant, après cent-vingt jours de traitement.

De 27 décembre, elle nous revint avec une *bronchite chronique* à laquelle on opposa un régime adoucissant et nutritif, des juleps gommeux additionnés d'oxymel scillitique, de kermès, d'oxyde blanc d'antimoine, etc., aidés de l'application de vésicatoires volants sous les clavicules, et le 10 juillet 1843, Sp..... fut en état d'aller reprendre ses travaux.

Mais le 6 septembre, deux mois après la dernière sortie, cette prisonnière se représenta pour, cette fois, ne plus quitter l'infirmerie qu'avec la vie. Je constatai alors une détérioration notable de la constitution : face pâle. chairs flasques, amaigrissement. La menstruation était encore régulière.

De l'ensemble des symptômes offerts par la malade, et des signes fournis par la palpation, la percussion et l'auscultation, je diagnostiquai *une pleuro-pneumonie droite chronique avec tuberculose des poumons et épanchement dans la plèvre*; *une hypertrophie du foie et un vaste abcès froid sur les fausses côtes de ce côté.*

Il serait aussi fastidieux qu'inutile de narrer toutes les péripéties

de cette affectioe si compliquée, et d'indiquer la série très longue des moyens employés pour la combattre ; qu'il me suffise de dire que le 24 avril 1844 une diarrhée modérée (4 à 5 selles par jour) éclata et résista au régime et à la médication dirigés contre un accident qui devait hâter la détérioration de l'organisme. Je me bornerai donc à exposer, de mes notes, tout ce qui a un rapport direct à mon sujet.

Le 22 mai, la malade accusa pour la première fois une douleur sourde ou plutôt une gêne dans l'abdomen, dont l'exploration n'occasionna aucune sensation pénible. J'y remarquai cependant un léger soulèvement de la paroi abdominale avec matité et fluctuation obscure à la région hypogastrique.

Dès ce moment j'ajoutai au diagnostic : *ascite commençante*, et ne me préoccupant plus autant de la diarrhée que je considérai comme très propre à favoriser l'absorption du liquide péritonéal, je prescrivis une alimentation plus nutritive, et une décoction de baies de génévrier nitrée.

La sécrétion urinaire parut prendre un peu d'activité les jours suivants, sous l'influence de cette médication, et le 2 juin, la malade rendit des selles sanguinolentes avec un gros caillot de sang dans l'une d'elles ; mais le 14 au matin, elle dit avoir uriné beaucoup et souvent pendant la nuit, et je trouvai alors le ventre plat, indolent, sans nulle fluctuation.

Je l'avouerai, je fus étonné d'un changement si subit et si complet dans l'état du ventre, et ne soupçonnant pas la voie par laquelle le liquide avait pu s'échapper, n'admettant pas davantage une absorption si rapide, je pensai que je m'étais trompé en croyant à l'existence d'une *ascite*.

Cependant le 15, le ventre, qui jusque-là était resté quasi indolent, s'était soulevé, arrondi, et le palper en était pénible. La malade y accusait des douleurs lancinantes et se plaignait d'un ténesme fatigant. Les forces avaient baissé, le pouls était devenu très petit, concentré, et la diarrhée était suspendue. — Friction mercurielle, cataplasmes émollients.

Le 19, le ventre s'est affaissé, mais il est dur, inégal, encore quelque peu douloureux à la pression. Les urines continuent de couler abondamment. L'appétit et le sommeil sont excellents.

Jusqu'au 19 juillet, l'état de la malade alla s'améliorant. Le ventre redevint indolent, assez souple, le pouls calme. La malade se disait bien, avait de l'appétit (elle mangeait la demi-portion avec rôti), la nutrition se faisait mieux et les forces renaissaient.

Dès ce jour jusqu'au 26 septembre, je cessai mon service au pénitencier à cause d'une maladie grave qui me retint chez moi ;

mais l'examen des cahiers de visite me prouve que la malade n'alla pas trop mal pendant ce temps, car son régime fut constamment fort abondant et substantiel, et aucune prescription médicale ne lui fut faite. Je dois dire toutefois que le 7 septembre la diarrhée parut de nouveau, que le 15 il y eut quelques symptômes de péritonite, mais que ces accidents n'eurent chacun que deux jours de durée. C'est ce que je trouve annoté à ces époques.

Donc le 26 septembre, je retrouvai la malade dans le même état, ou à peu près, que je l'avais laissée : ne souffrant point, mangeant et dormant bien, la nutrition ne se faisant pas trop mal ; ayant assez de forces pour rester sur pied la majeure partie de la journée, pour assister les infirmières dans les soins qu'elles donnaient aux autres malades.

Mais le 1er octobre, elle accusa de nouveau des douleurs abdominales. Le ventre était tendu, arrondi et d'une sensibilité exquise au palper; pouls petit, calme ; appétit. — Friction mercurielle et fomentations.

Après trois jours. tout était rentré dans l'ordre, et jusqu'au 19 tout alla bien; mais alors il y eut arrêt dans l'émission des urines, les phénomènes abdominaux reparurent, et cette fois *une fluctuation obscure* put encore être constatée.

Le 7 novembre, les symptômes pectoraux, restés silencieux depuis quelque temps, reprennent une nouvelle et grave importance : la toux est fréquente, l'expectoration abondante de crachats homogènes, coulants, couleur chocolat. La poitrine est douloureuse, la dyspnée notable. La percussion donne de la sonorité partout, l'auscultation fait percevoir du souffle amphorique, du gargouillement et de la pectoriloquie au sommet du poumon droit. Il est évident, dès lors, que des cavernes s'y sont établies par la fonte et l'expulsion de masses tuberculeuses, et que désormais la malade est vouée à une mort certaine.

Exposer la longue agonie d'une phthisique serait de nul intérêt, surtout au point de vue de l'affection pathologique qui m'a fait relever la présente observation, je n'en dirai donc rien ; mais pour éclairer le fait spécial qui nous occupe, j'ajouterai que le 9 novembre la péritonite se réveilla et fut marquée par les signes locaux ordinaires, plus le sentiment *de boules* roulant dans tous les sens et dont les mouvements étaient l'annonce de violents élancements. Après la disparition de cette attaque, le ventre resta inégal, aplati et plus douloureux à la pression qu'il ne l'était antérieurement.

Le 1er décembre, les douleurs ventrales acquirent plus d'acuité; *le jeu des boules*, comme s'exprimait la malade, si douloureux

s'accrut, les muscles de la paroi abdominale se tendirent, et l'on put encore percevoir un peu de la fluctuation que l'on avait sentie de temps en temps, et *non constamment*, depuis la dernière recrudescence de la péritonite (9 novembre). Enfin, jusqu'au 17 décembre, jour de la mort de la malade, la phthisie marcha régulièrement vers son terme ordinaire, et la péritonite resta en permanence, modérée, mais avec des redoublements et des améliorations alternatives. La malade s'éteignit dans un grand état d'épuisement.

Autopsie.—Je n'exposerai rien des lésions nombreuses observées dans la poitrine; je ne crois même pas devoir décrire une cicatrice ancienne, trouvée dans l'un des poumons actuellement farcis de tubercules et creusés de récentes cavernes ; mais arrivant de suite aux lésions abdominales, je dirai :

Que le foie, atteint de cyrrhose, était si volumineux qu'il refoulait l'estomac à gauche et s'étendait de la 4e côte environ à la fosse iliaque du côté qu'il occupe ; que le péritoine était parsemé de nombreux tubercules saillants de diverses grosseurs, les uns durs et intacts, les autres ramollis ou ulcérés. Ce sac séreux, de couleur lie-de-vin avec une nuance verdâtre dans toute son étendue, ne contenait pas de liquide. Toutes les circonvolutions intestinales adhéraient entre elles, et étaient réunies en masse, au-devant de la colonne vertébrale, par des brides ou une couche gélatineuse si peu solides que le doigt suffisait à les détruire. Aucune adhérence n'existait entre le péritoine viscéral et son feuillet pariétal. La muqueuse des intestins était enflammée et ulcérée en quelques points.

La vessie est perforée dans son fond comme avec un emporte-pièce, et ne contient pas de liquide; elle a perdu la moitié de sa capacité par sa rétraction permanente, et ses parois sont fort épaisses partout, mais sans engorgement, même au pourtour de la perforation. Cette perte de substance, régulièrement circulaire, est au moins du diamètre d'une pièce de 5 francs, et donne à l'organe l'aspect d'un entonnoir dont le bord supérieur libre serait fixé au-dessous du niveau du détroit abdominal du bassin. La cicatrisation de ses bords, en avant et sur les côtés, est complète, et elle est fort avancée en arrière, preuve de l'ancienneté de la lésion; cette cicatrisation paraît s'être opérée par le rapprochement des deux membranes de la vessie qui se sont rencontrées, l'interne en se renversant en dehors, l'externe ou séreuse en se réfléchissant vers l'intérieur de la cavité viscérale. La muqueuse vésicale que l'on pouvait explorer par l'ouverture accidentelle, se laissait voir un peu rosée uniformément, mais bien peu, et formait des colonnes

fort épaisses affectant différentes directions. — Nulle trace de tubercules ni d'aucune autre affection morbide dans l'épaisseur des parois vésicales.

Cette large ouverture était maintenue béante dans le petit bassin par des adhérences contractées avec les parties circonvoisines, de telle manière que l'urine devait être facilement versée dans la cavité ventrale lorsque la malade prenait une position horizontale, et que tous les liquides venant de celle-ci tombaient nécessairement dans l'intérieur de la vessie lorsque la malade était debout, et sans qu'il fût possible à une seule goutte de s'insinuer dans le tissu cellulaire du bassin.

M. Collet, à cette époque aide-médecin au pénitencier, pratiqua cette nécropsie sous mes yeux, et la pièce pathologique me parut si curieuse que j'ai grandement regretté qu'il fût interdit d'en disposer.

La perforation vésicale ne fut pas diagnostiquée, je dirai plus, ne fut pas soupçonnée ; mais était-il possible de reconnaître son existence pendant la vie ? Si certains symptômes notés dans cette observation, fort incomplète, je l'avoue, à l'endroit de la lésion cystique, avaient été plus marqués, on eût, sans doute, pu être conduit à soupçonner cette affection, quoique bien rare, si même il en existe quelqu'autre exemple. Ainsi, si l'ascite avait été bien manifeste et qu'elle eût disparu brusquement; si, aussitôt après, la péritonite était passée à l'état suraigu, ainsi qu'on le voit ordinairement à la suite d'un épanchement d'urines dans la cavité de cette membrane, etc., la perforation se serait présentée à l'esprit peut-être ; mais ici rien de cela : j'ai bien constaté, le 22 mai 1843, l'existence d'un épanchement, mais la fluctuation était encore si peu certaine que, lorsqu'elle disparut un matin, je n'eus pas d'autre idée que celle de m'être trompé. Plus tard, et à deux reprises, l'oscillation du flot ascitique fut encore constatée, notée (19 octobre et 1er décembre), sans que je pusse affirmer que mes sens ne me jetaient pas dans une illusion ! Comment, d'après cela, pouvais-je être amené à soupçonner une lésion dont nul auteur, d'après mes souvenirs, ne fait mention.

Au point de vue du diagnostic, il est un symptôme qu'aujourd'hui je considère comme précieux et que je rapportai alors à une lésion nerveuse ayant quelque similitude avec l'hystérie : je veux dire la sensation *de boules roulant* dans le ventre et annonçant l'explosion des douleurs aiguës. N'est-il pas évident aujourd'hui que ces *boules* n'étaient rien que la sensation occasionnée par l'urine refoulée dans l'abdomen et allant échauffer, irriter de proche en proche le sac séreux ? Etudié sous ce point de vue, ce phénomène

n'aurait-il pas éclairé le diagnostic et conduit à quelque indication capable non pas de guérir ou de prolonger la vie de la malade, qui a autant succombé à la maladie de poitrine qu'à la complication en question, mais de lui épargner les douleurs atroces qui marquaient l'exaspération de la péritonite par le contact des urines? N'y avait-il pas quelque raison d'espérer que le décubitus dorsal sur un lit incliné vers les pieds aurait retenu l'urine dans l'entonnoir vésical? Attentif à l'excrétion de l'urine, ne pouvait-on pas introduire le cathéter dans la vessie, pour empêcher son reflux dans l'abdomen, lorsque l'on aurait cru s'apercevoir que la quantité rendue était au-dessous de ce qu'elle devait être journellement?

Une seconde question se présente. A quelle époque de la maladie commença le travail perforant, et à quelle autre fut-il complet?

A la date du 24 avril 1843, la malade fut prise d'une diarrhée qui résista à tous nos efforts, et le 22 mai suivant elle accusa une douleur sourde dans l'hypogastre qui était bombé et fluctuant.

Il est difficile d'établir ici les rapports entre ces deux faits: irritation intestinale et péritonite obscure; et même si un rapport quelconque de causalité a existé entre eux, bien que la diarrhée ait cessé brusquement le jour auquel nous rapportons l'accomplissement de la perforation. Toujours est-il qu'au 22 mai un travail morbide existait au fond de la vessie, et que la conséquence de cet état fut une collection aqueuse. Sans doute, dès ce moment l'érosion du fond de la vessie était commencée sourdement, mais elle ne fut évidemment complète que le 14 juin, ce que prouvent la disparition subite du liquide ventral constatée à cette époque, et la péritonite aiguë survenue le lendemain 15, par suite de l'épanchement de l'urine dans l'abdomen.

Comment s'est effectuée cette perte de substance? Nouvelle question fort obscure que l'on ne peut résoudre que par exclusion.

Était-ce un cancer qui avait rongé le fond de la vessie on ne peut évidemment pas admettre une telle supposition, car pendant la vie des signes non douteux auraient révélé la souffrance du réservoir des urines, et après la mort il en serait resté des traces irrécusables.

Était-ce par la gangrène que cette partie avait été enlevée? Cela n'est pas plus croyable, car quel principe mortifère aurait pu la déterminer et comment surtout aurait-il pu y être déposé? Ferait-on intervenir, pour l'expliquer, une inflammation bornée à ce point et assez violente pour anéantir la vie dans les tissus? Mais comment concevoir une telle altération morbide sans signes pathologiques notables pendant la vie?

Et puis la chûte de l'escarre n'aurait-elle pas nécessairement altéré la couleur et l'odeur normales des urines? J'avoue que les urines de cette malade n'ont pas été inspectées bien régulièrement par moi, et tous les médecins pratiquant dans les hôpitaux comprendront cette omission quand il s'agit d'une phthisique en traitement pendant plus d'une année ; mais si une telle altération eût existé, ne fût-ce qu'un jour, elle n'aurait pas échappé aux gardes-malades chargées de vider les vases de nuit, et celui de cette malade aurait été réservé pour m'être présenté, ainsi que cela a lieu d'habitude. Je suis donc en droit de penser que l'excrétion urinaire n'a rien présenté qui pût nous éclairer sur cette question.

Une autre supposition s'est offerte à mon esprit, en considérant l'état tuberculeux du péritoine. Une masse tuberculeuse n'a-t-elle pas pu s'amasser entre les membranes constituant le fond de la vessie, se ramollir et détruire toute l'épaisseur du viscère ? Outre certaines difficultés d'explication que je ne veux pas entreprendre, un fait important repousse cette opinion, selon moi : c'est qu'il serait bien étrange qu'une agglomération de tubercules se fût formée en ce lieu, sans que nous eussions trouvé le moindre vestige de l'existence de ces corps étrangers dans les parois du viscère pour la plus grande partie conservées.

Enfin il ne nous reste, pour expliquer cette énorme perte de substance d'un organe creux, qu'à admettre une ulcération latente, progressive, qui a fait disparaître une partie de son tissu, soit par un mode d'inflammation qui en a opéré le ramollissement ou la fonte, soit par cette sorte d'absorption que l'on voit parfois présider à la formation de certains ulcères.

Il nous reste à faire une dernière observation, laquelle n'a d'autre but que de démontrer qu'ici encore, bien qu'elle dût être impuissante, la nature a employé toutes ses ressources conservatrices pour diminuer les souffrances de la malade et éloigner le moment de la mort, ainsi que l'on remarque qu'elle opère, non sans succès quelquefois, dans d'autres circonstances.

On a vu par l'autopsie que la masse intestinale était réunie *en paquet* au devant de la colonne vertébrale, par l'effet d'une inflammation exsudative due à l'action irritante de l'urine. Or, cette réunion permanente, invariable, des circonvolutions intestinales eut un double résultat propre à la conservation de la vie : l'urine, en se répandant dans l'abdomeu, ne pouvait entrer en contact qu'avec une surface du péritoine réduite de tout ce que les intestins recouvraient et protégeaient par leur agglomération, c'est-à-dire qu'elle ne pouvait toucher du péritoine que sa partie pariétale et celle, fort étroite, qui tapissait la partie libre ou découverte des

circonvolutions intestinales les plus superficielles ; et les intestins, retenus enchaînés au-dessus du bassin par leurs adhérences morbides, ne pouvaient pas descendre dans la cavité vésicale et boucher le col de la vessie, ainsi que cela aurait pu avoir lieu s'ils étaient restés flottants. Sans cette double circonstance, due à une même cause, je ne doute pas que la malade n'eût succombé beaucoup plus rapidement.

(*Archiv. belges de méd. milit.*, octobre 1851.

CARIE DES OS DU PIED ET DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU PÉRONÉ ; GUÉRISON (1) ;

par A. Tilly, médecin.

Au commencement de janvier 1851, Edouard Deneef, ouvrier mécanicien, âgé de 24 ans, me fut présenté comme atteint d'une maladie incurable.

Je remarque chez lui un tempérament lymphatico-hépatique (cheveux et yeux bruns, peau basanée), celui des peuples du midi et que je considère comme offrant le moins de résistance vitale ; un amaigrissement général, une peau jaunâtre, terne, sale, poudreuse ; un pouls petit, filiforme, à 110 pulsations.

Je ne constate aucune lésion appréciable des organes internes. Le malade déclare être sans appétit et se plaint de selles souvent diarrhéiques, de sueurs nocturnes et d'accès de fièvre qui le saisissent vers le soir.

Il accuse pour toute affection antérieure, une blennorrhagie contractée il y a quatre ans, et dont il fut guéri au bout de sept semaines environ par l'usage interne de tisanes et de baume de copahu.

Le membre inférieur droit présente une atrophie notable, à l'exception du cinquième inférieur de la jambe et du pied qui sont hypertrophiés. La douleur est ordinairement presque nulle dans la partie malade, mais devient très vive quand de nouveaux abcès se forment. Tout mouvement partiel du pied, et du pied sur la jambe est aboli. Le volume du pied malade est à peu près de deux fois et demie celui du pied sain. Il a l'aspect d'une masse informe que je ne saurais mieux comparer qu'à un énorme saucisson. Le cinquième inférieur de la jambe malade, en mesurant immédiatement au-dessus des malléoles, se trouve avoir un volume double de

(1) Le sujet de cette observation a été présenté guéri aux membres de la conférence.

celui du côté sain. On reconnaît facilement une tuméfaction considérable des malléoles. La peau est blafarde et présente à la pression une consistance lardacée : on constate une tuméfaction, un gonflement des os du pied. Il existe une trentaine de fistules garnies de bourrelets fongueux, saignants au moindre contact. Ces fistules s'ouvrent sur toutes les faces du pied, supérieure, inférieure, interne, externe, entre les orteils et sur les malléoles. En faisant une injection par une de ces ouvertures, le liquide s'échappe aussitôt par toutes les autres, quelle que soit l'ouverture choisie pour l'expérience.

Je sondai à l'aide du stylet les plaies qui se trouvaient sur les malléoles, les os étaient à nu et j'éprouvai une sensation de crépitation propre à la maladie et qu'on peut, je crois, comparer à celle qu'on éprouve en faisant subir la même épreuve à un os légèrement spongieux, brûlé, ou privé de sa matière organiqne ou animale. Les autres trajets étant trop sinueux pour pouvoir être explorés de cette manière, je m'abstins, considérant en outre ces épreuves comme peu utiles et ne donnant aucune indication pour la thérapeutique.

Cette affection paraît être héréditaire dans la famille du malade : Son bisaïeul paternel a été amputé à l'âge de 30 ans, pour une maladie analogue du tibia ; son aïeul a eu à 24 ans une affection semblable du tibia, qui a duré un an ; son père a eu au même âge une affection de même nature, au même endroit, qui a duré le même laps de temps. Le malade a eu un frère atteint de cette maladie au pied, et mort à l'âge de huit ans, et une sœur atteinte à 18 ans d'un ulcère sur le tibia guéri au bout d'un an, lors de l'apparition des règles ; il déclare en outre connaître cinq descendants du bisaïeul amputé, qui sont atteints de maladies semblables, et dit ne connaître qu'une partie des descendants de ce dernier. Au dire du malade, chez aucun des membres de cette famille, l'affection n'était aussi grave que celle dont il est lui-même atteint. La maladie a débuté, sans cause appréciable, au mois de novembre 1849, par des douleurs sourdes dans l'antérieur du pied qui, sans gonflement d'abord, augmenta sensiblement de volume au bout d'un mois. On employa inutilement, pendant trois mois et demi, des fomentations d'alcool camphré et des bains locaux de drèche.

Le malade arriva à Gand en mars 1850. — On lui fit trois applications de vingt sangsues chacune, à six jours d'intervalle ; on mit ensuite de chaque côté du pied, interne et externe, un vésicatoire qu'on laissa suppurer pendant quatre semaines.

A la fin d'avril, on fit des applications d'eau froide pendant

quinze jours et le malade prit à l'intérieur des médicaments sous forme pilulaire, dont il n'a pu m'indiquer la nature.

La maladie continuant à s'aggraver, on appliqua en mai le cautère actuel sur les bords interne et externe du pied, vers les articulations de la première rangée du tarse avec la seconde. Le malade prit, en même temps, à l'intérieur l'huile de poisson et un autre médicament de nature inconnue.

Vers le milieu de ce mois, des abcès dont les ouvertures restèrent fistuleuses se déclarèrent aux endroits cautérisés, il s'en écoula une suppuration abondante, très liquide et d'un jaune de rouille.

D'autres abcès se formèrent successivement et le pied présenta peu après l'aspect décrit plus haut.

La fièvre hectique s'était déclarée avec les fistules, et les divers remèdes prescrits étant restés impuissants, le malade alla s'épuisant de plus en plus jusqu'à la fin de l'année.

Tous les médecins auxquels il s'adressa pendant les six derniers mois, considèrent la maladie comme incurable et l'amputation de la jambe au lieu d'élection comme donnant seule quelques chances de conserver la vie au malade. L'extrême épuisement du malade empêcha l'opération.

C'est dans cette situation que je trouvai Edouard Deneef, au mois de janvier dernier, et que j'essayai de le guérir.

Je commençai par prescrire un régime animalisé, et pendant quinze jours je ne fis qu'un pansement simple ; à l'intérieur un gramme d'iodure de potassium et une cuillerée d'huile de poisson matin et soir.

La dose d'iodure fut ensuite augmentée d'un demi-gramme, tous les huit jours, jusqu'à concurrence de quatre grammes, chiffre que je ne dépassai pas.

A partir du 18 janvier, je fis trois pansements par jour avec une solution de chlorure de chaux liquide, formée d'une partie sur dix parties d'eau. J'augmentai progressivement, tous les trois à quatre jours, la proportion de chlorure jusqu'à ce que je fusse arrivé à parties égales.

Au commencement de février, j'eus la satisfaction de voir que les symptômes tant généraux que locaux étaient en voie d'amendement. L'appétit était revenu, la diarrhée disparaissait, le sommeil était bon, et le pouls plein, à 90 pulsations. La suppuration était devenue crémeuse, et la plupart des bourrelets qui se trouvaient à l'ouverture des fistules avaient disparu.

Le 12 février, je jugeai opportun de faire deux fois par jour des injections avec la solution de chlorure de chaux, en suivant,

quant à la quantité, la même progression que j'avais suivie pour les pansements.

Au commencement de mars, plusieurs ouvertures fistuleuses étaient définitivement fermées, et les matières injectées n'allaient plus aussi facilement d'un bout du pied à l'autre. Le pied avait également diminué de volume.

Dans le courant de ce mois, lorsque les progrès de la guérison semblaient vouloir s'arrêter, je substituai pendant un ou deux jours au chlorure de chaux une solution de sulfate de cuivre (cinq centigrammes pour trente grammes d'eau distillée), avec laquelle je faisais une injection par jour.

Vers la fin du même mois, le volume du pied malade était à peu près celui du pied sain. Il ne restait plus que trois fistules : une sur chaque malléole, et la troisième sur le bord interne du pied vers l'articulation postérieure du premier métatarsien. Elles communiquaient encore entre elles.

Quinze jours plus tard, la fistule du bord interne était cicatrisée et celles des malléoles ne communiquaient déjà plus ensemble.

Le 21 avril, les dernières fistules étaient fermées à leur tour.

Le pied présentait alors un centimètre de moins en longueur que celui du côté sain. Il était également moins gros de deux centimètres en circonférence, en mesurant vers la partie postérieure des métatarsiens. Le pied se trouvait un peu défiguré par les nombreux enfoncements des cicatrices adhérentes aux os. Toutes les articulations étaient conservées ainsi que le libre jeu de tous les tendons. Je ferai remarquer, à ce propos, qu'aussitôt que j'ai obtenu, dans les maladies des articulations, une forte tendance à la cicatrisation, je commence à faire des mouvements gradués et de nature à empêcher l'ankylose.

Je ne considère aucun des agents employés comme spécifique et suis convaincu qu'on pouvait obtenir la guérison par une foule d'autres moyens convenablement employés; néanmoins j'ai cru devoir vous relater cette observation, afin de prouver une fois de plus que dans des cas de ce genre, et malgré la gravité et l'étendue du mal, on peut réussir par des soins assidus et persévérants à soustraire au couteau chirurgical des membres qui y semblaient fatalement voués.

(*Archiv. belges de méd. milit.*, octobre 1851.)

MÉMOIRE SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DU TANNIN ENVISAGÉ SURTOUT AU POINT DE VUE DE SES APPLICATIONS EN OPHTHALMOLOGIE ;

par Fr. Hairion, médecin.

(Suite et fin : *voir* le n° d'octobre 1851, p. 127.)

Ophthalmie catarrho-lymphatique de l'œil droit, 9 jours de traitement.

Obs. III.—Dupont, Philippe-Joseph, âgé de 21 ans, soldat au 2e régiment d'artillerie, d'un tempérament lymphatique prononcé, est reçu à l'hôpital le 5 avril de cette année dans l'état suivant : ophthalmie catarrho-lymphatique de l'œil droit, large pustule lymphatique située aux limites de la cornée et de la sclérotique en dehors, sécrétion muco-purulente peu abondante ; l'œil gauche est parfaitement sain.

Prescriptions : purgatifs salins tous les quatre jours ; mucilage tannique.

Le malade est entièrement rétabli le 13 et sort le 15.

Ophthalmie scrofuleuse photophobique, vascularisation et ulcération de la cornée de l'œil droit, congestion des membranes internes blépharodénite ; 1 mois de traitement.

Obs. IV. — Stessels, Joseph-Constantin, âgé de 21 ans, soldat au 1er régiment d'artillerie, d'un tempérament lymphatico-sanguin, a été attaqué, en 1846, d'une ophthalmie qui a laissé après elle une légère tache sur la cornée de l'œil droit. Dans le courant de novembre dernier il éprouve une nouvelle atteinte d'ophthalmie pour laquelle il est envoyé à l'hôpital de Louvain le 27 novembre, dans l'état qui vient d'être indiqué. Nous ordonnons l'application de 12 sangsues au fondement, l'usage de pilules fondantes (calomel et extrait de ciguë ââ 5 centigrammes, savon médicinal 10 centigrammes, pour une pilule) de 2 à 4 par jour, les purgatifs salins et localement le mucilage tannique.

Ce traitement est suivi jusqu'au 27 décembre ; le 31 à sa sortie de l'hôpital, le malade présente deux petites cicatrices nuageuses situées sur la cornée de l'œil droit, un peu en dehors du champ pupillaire.

Conjonctivite lymphatique avec épanchement plastique dans la cornée ; 9 jours de traitement.

Obs. V. — Detry, Jean-Henri, âgé de 19 ans, soldat au 1er régiment de lanciers, d'un tempérament lymphatico-sanguin, de bonne constitution, ressent le 23 novembre 1850, à la suite d'un refroidissement, les premiers symptômes de l'ophthalmie qui l'amène quelques jours après à l'hôpital. Le lendemain de son entrée, le 27, à notre visite, nous le trouvons affecté d'une conjonctivite lymphatique siégeant à l'angle externe de l'œil droit et se terminant au niveau de la cornée

par une pustule jaunâtre. Plus avant, vers le centre, cette membrane présente une opacité grisâtre, résultat évident de plusieurs petits foyers plastiques qui ont dû être distincts au début, mais dont les bords se confondent actuellement pour former une seule plaque. Nous opposons à cet état le mucilage tannique dont on fait deux applications le premier jour et quatre les jours suivants.

Le 2 janvier, la conjonctive et la cornée ont repris entièrement leur aspect normal, et le 5 le malade sort de l'établissement.

Ophthalmie purulente, granulations vésiculeuses ; 23 jours de traitement.

Obs. VI.—Pyke, Henri, âgé de 34 ans, soldat au 1er régiment d'artillerie, contracte au mois de juillet 1849 une ophthalmie dont il est traité à la caserne pendant 10 jours, et à l'hôpital militaire de cette ville pendant 6 semaines. Quelque temps après il a une seconde atteinte et séjourne, à cette occasion, 26 jours à l'hôpital militaire de Bruxelles.

Le 6 avril 1850, se trouvant à l'hôpital pour la gale, il est pris tout à coup d'une inflammation vive des yeux pour laquelle on le fait passer dans notre service. L'examen du malade nous fait reconnaître une ophthalmie catarrhale au troisième degré, avec commencement de purulence et chemosis ; la face interne des paupières tant inférieures que supérieures est recouverte de granulations vésiculeuses; les segments supérieurs des cornées sont sillonnés d'un lacis épais de vaisseaux et les conjonctives palpébrales inférieures laissent voir de nombreuses traces d'anciennes cautérisations.

Nous prescrivons un traitement général altérant (2 à 3 pilules de Plummer par jour; purgatifs salins tous les 3 jours; 1/2 potion), et localement le mucilage tannique.

Le 31, Pyke sort de l'hôpital conservant aux paupières inférieures les brides et les cicatrices dont nous avons signalé l'existence, mais entièrement débarrassé de l'affection compliquée qui l'avait amené dans notre service.

Granulations vésiculeuses avec engorgement et inflammation de la conjonctive ; 18 jours de traitement.

Obs. VII.—Lahaye, Louis-Joseph, âgé de 31 ans, maréchal-des-logis au 1er régiment de lanciers, d'un tempérament sanguin et de bonne constitution, a été affecté dans son enfance d'une ophthalmie qui a laissé après elle une cicatrice légère au centre de la cornée de l'œil droit, qui n'apporte, du reste, aucune gêne à l'accomplissement des fonctions visuelles. En 1847, il contracte des granulations palpébrales dont on le guérit par la cautérisation avec le nitrate d'argent

Le 2 septembre 1850, il entre à l'hôpital avec l'ophthalmie granuleuse arrivée au deuxième degré de développement (phlegmatorrhée); des granulations vésiculeuses s'observent indistinctement sur tous les

points de la face interne des paupières supérieures et inférieures ; la muqueuse palpébrale est rouge, tuméfiée et repliée sur elle-même ; une sécrétion mucoso purulente peu abondante, cohérente, sous forme de filaments grisâtres remplit le fond de ces replis.

Prescriptions : pilules de Plummer ; purgatifs salins deux fois par semaine ; mucilage tannique ; 3/4 portion.

Le 19, les conjonctives sont nettes, et sans avoir encore recouvré tout à fait l'aspect lisse et nacré qu'elle présentent dans l'état normal, on n'y retrouve plus cependant la moindre trace de granulations.

Le 20, le malade sort de l'hôpital.

Granulations vésiculeuses vascularisées occupant les conjonctives palpébrales supérieures des deux côtés ; 12 jours de traitement.

Obs. VIII.—Dupont, Louis, âgé de 31 ans, soldat au 1er régiment de lanciers, d'un tempérament sanguin, est envoyé à l'hôpital, le 17 novembre 1850, pour y être traité d'une fièvre intermittente dont il n'éprouve plus ultérieurement de nouvel accès.

Le 20, on le fait passer dans notre service dans l'état précité. Il est mis à l'usage du mucilage tannique, et le 2 décembre, sans avoir employé d'autres moyens, la guérison se trouve être complète. Le malade sort le 5.

Ophthalmie purulente aiguë coïncidant avec une gonorrhée, granulations vésiculeuses ; 6 semaines du traitement.

Obs. IX. — L....., Charles, inscrit sous le n° 309 du régistre des ophthalmiques, eut en 1849 une ophthalmie qui a été traitée par la cautérisation avec le nitrate d'argent. Quelques brides et du tissu inodulaire qu'on remarque à la face interne des paupières inférieures attestent, aujourd'hui encore, l'emploi d'un agent caustique. Ce militaire, quoique d'un tempérament lymphatique prononcé et d'une complexion faible, a cependant toujours joui d'une excellente santé et n'a jamais eu d'autre maladie. Le 1er août, il entre à l'hôpital pour un écoulement gonorrhoïque très abondant (baume de copahu, repos, 1/2 portion). Quatre jours après, une ophthalmie purulente des plus graves se déclare à l'œil droit.

Les parties génitales ayant été examinées en ce moment, nous retrouvons à peine quelques traces de l'écoulement urétral. Traitement : saignée générale : 20 sangsues à l'apophyse mastoïde du côté malade appliquées successivement de manière à obtenir un écoulement de sang qu'on entretient pendant 12 heures ; nitrate de potasse à hautes doses ; injections tanniques au 1/100 répétées de quart d'heure en quart d'heure d'abord, et puis à des intervalles d'autant plus longs que la sécrétion devient moins abondante ; cataplasmes chauds et fréquemment renouvelés sur les parties génitales ; diète. Le 6, l'inflammation est réduite à l'état de blennorrhée subaiguë et le malade se trouve pro-

fondément hyposthénisé; l'écoulement urétral reste toujours peu abondant; on continue les injections tanniques. Le 8, l'œil gauche se prend à son tour, d'une manière non moins violente (même traitement que précédemment).

Le 14, l'état du malade est le suivant : blennorrhée subaiguë; granulations vésiculeuses rouges, volumineuses, recouvrant entièrement la face interne des paupières inférieures et supérieures (altérants et mucilage tannique).

Le 15 septembre, les granulations sont entièrement effacées, mais les conjonctives palpébrales inférieures offrent encore un léger engorgement que nous croyons être entretenu uniquement par les brides et les cicatrices dont nous avons signalé plus haut l'existence. Le malade sort de l'hôpital.

Les observations qui précèdent sont relatives à des militaires de la garnison entrés à l'hôpital au début de leur maladie; celles qui vont suivre, au contraire, ont pour sujet des malades qui, après un traitement plus ou moins long dans d'autres établissements, sont ensuite évacués sur l'institut avec des altérations plus ou moins graves ou rebelles. C'est particulièrement dans ce genre d'affections, comme on va le voir, que les préparations tanniques nous ont rendu les services les plus signalés.

Blennorrhée chronique, granulations végétantes, ulcères multiples de la cornée; 2 mois de traitement.

Obs. X. — Goetmaekers, Henri, âgé de 26 ans, sergent pensionné provisoirement du régiment des carabiniers, est admis à l'institut ophthalmique, de 24 avril 1851, dans l'état suivant :

Les conjonctives palpébrales sont tapissées de granulations charnues, végétantes, d'un rouge vif, fournissant une sécrétion purulente abondante et entrecoupées de traînées de tissu inodulaire; les cornées, presqu'entièrement opaques, présentent une multitude de petits ulcères et un lacis de vaisseaux profonds; on remarque en outre à l'œil gauche un staphylôme partiel de l'iris et de la cornée; la constitution du malade est fortement altérée.

Ce sous-officier, entré au service en 1842, a éprouvé la première atteinte de l'ophthalmie dont nous venons de décrire les tristes conséquences le 22 juin 1846, et après 7 mois de traitement dans les hôpitaux, il avait été proposé le 17 novembre 1847 pour une pension provisoire.

A son entrée dans notre service, nous ordonnons une décoction de feuilles de noyer, les purgatifs salins répétés deux fois par semaine, les frictions humides générales, les viandes rôties, l'exercice en plein air, la gymnastique autant qu'il est permis de la pratiquer en l'absence d'un gymnase, et localement le mucilage tannique 3 à 4 fois par jour. Ce traitement est suivi jusqu'au 20 juin, et le 23 Goetmaekers est présenté à la commission médicale qui le propose, de rechef, pour la pension provisoire.

Le 26, il sort de l'hôpital ne conservant de son affection qu'une obnubilation générale des cornées et le staphylôme partiel qu'il présentait à son arrivée à l'institut.

Pannus double, ulcération et opacité complète des cornées, 7 semaines de traitement.

Obs. IX. — Van Overstraeten, Jacques, âgé de 46 ans, sergent au 9e régiment de ligne, a contracté quatre fois l'ophthalmie depuis l'année 1831 ; il a subi 42 mois de traitement dans divers établissements sanitaires de l armée et a été proposé pour la pension provisoire le 16 septembre 1847.

Le 24 avril de cette année, il passe une contre-visite à l'hôpital militaire de cette ville et y est retenu en traitement. Il a les cornées opaques, recouvertes d'un pannus vasculaire double et de plusieurs ulcérations larges mais superficielles; les conjonctives palpébrales sont d'un aspect rouge, uniforme, comme velouté et sécrétant une matière mucoso-purulente peu abondante ; il offre les dehors d'une vieillesse prématurée.

Van Overstraeten est soumis au même traitement que Goetmaekers.

Le 15 juin, les ulcères sont entièrement cicatrisés, et le pannus ainsi que l'aspect velouté des conjonctives palpébrales complétement effacés; mais les cornées conservent un certain degré d'opacité occasionné par des altérations qui sont jugées au-dessus des ressources de l'art. Ce malade est proposé pour la pension.

Blennorrhée chronique ; ulcères petits, superficiels, mais extrêmement nombreux des cornées ; granulations végétantes ; 7 semaines de traitement.

Obs. XII. — Delhaye, Charles, âgé de 38 ans, tambour au 9e régiment de ligne, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution affaiblie et détériorée, est reçu à l'institut ophthalmique le 24 avril de cette année dans l'état mentionné plus haut. Ce militaire a eu plusieurs atteintes d'ophthalmie pour lesquelles il a séjourné 37 mois dans les hôpitaux ; il est pensionné depuis 1846.

Nous prescrivons un régime reconstitutif comme dans les cas précédents, l'usage réitéré de purgatifs salins et le mucilage tannique appliqué plusieurs fois dans la journée.

Le 15 juin, le malade est proposé, de nouveau, pour une pension provisoire ; il présente une opacité incomplète des cornées avec irritabilité.

Pannus vasculaire double, granulations, végétantes ; 16 jours de traitement.

Obs. XIII. — Hauwen, Charles, âgé de 37 ans, soldat pensionné du régiment des carabiniers, a contracté l'ophthalmie en 1847 ; depuis

lors il en a souffert d'une manière à peu près continue. Après un traitement de 29 mois, il est proposé pour la pension le 29 juillet 1850.

A son entrée à l'institut le 17 juillet dernier, il présente un pannus vasculaire double ; des granulations charnues, végétantes, donnant lieu à une abondante sécrétion mucoso-purulente et à une certaine déformation des tarses ; sa constitution est notablement altérée. Nous opposons à cet état un régime reconstitutif général, les purgatifs salins répétés deux fois par semaine, des frictions stibiées à la chûte des reins, et localement le mucilage tannique.

Le 3 août, le malade ne conserve de ces graves altérations que de légers nuages sur les cornées et la déformation des tarses.

Il sort le 26, proposé de nouveau pour la pension provisoire.

Blennorrhée chronique, vascularisation générale des cornées, granulations végétantes ; 1 mois de traitement.

Obs. XIV. — Simons, François, âgé de 29 ans, soldat pensionné provisoirement, du 2e régiment de ligne, a contracté l'ophthalmie militaire en 1846, et a séjourné pendant 33 mois dans les hôpitaux.

Le 17 juillet dernier, à son admission à l'institut où il a déjà été traité précédemment, il présente les cornées vascularisées, presqu'entièrement opaques ; les conjonctives palpébrales rouges, tuméfiées, recouvertes de granulations charnues et sécrétant un produit mucoso-purulent peu abondant ; le malade peut difficilement se conduire, son état général est assez bon. Nous prescrivons le mucilage tannique dont on répète les applications trois à quatre fois par jour.

Le 17 août, la commission des pensions constate une obnubilation générale de la cornée de l'œil droit, et une opacité incomplète de cette membrane à l'œil gauche, altérations pour lesquelles Simons est proposé de nouveau pour la pension provisoire pour un an.

Ophthalmie scrofulo-veineuse, pannus vasculaire, blennorrhée, excoriation de la surface externe des paupières inférieures ; un mois de traitement.

Obs. XV. — Six, Ange, âgé de 40 ans, caporal pensionné provisoirement du 5e régiment de ligne, est retenu à l'institut à la suite d'une contre-visite qu'il passe devant la commission médicale des pensions, le 17 juillet dernier. Ce militaire a contracté l'ophthalmie à quatre reprises différentes depuis 1830, a séjourné 33 mois et demi dans divers établissements sanitaires de l'armée et a été pensionné dans le courant de l'année dernière. A son admission dans notre service, il présente une ophthalmie scrofulo-veineuse, une vascularisation générale de la cornée ; il y a de la photophobie et du blépharospasme, la face interne des conjonctives palpébrales est recouverte de granulations en partie vésiculeuses et en partie végétantes fournissant une matière mucoso-purulente abondante, âcre, dont le contact avec la surface cutanée des paupières en a déterminé l'excoriation. Nous prescrivons les applica-

tions réitérées de sangsues en petit nombre au fondement; quatre grains d'aloës tous les soirs; des frictions d'onguent mercuriel belladoné sur le fond, et localement le mucilage tannique.

Le 17 août, Six ne présente plus qu'une obnubilation générale des cornées ; il est proposé, de rechef, pour la pension provisoire pour une année.

Ophthalmie scrofulo-veineuse, opacité complète de la cornée; 2 1/2 mois de traitement.

Obs. XVI.—Cansier, Gilles-Henri, âgé de 20 ans. d'un tempérament lymphatique prononcé, caporal au 8e régiment de ligne, a contraté, antérieurement à son entrée au service, plusieurs inflammations de l'œil droit.

Le 1er août 1850, il est pris d'une nouvelle attaque et envoyé à l'hôpital, d'où il sort le 16 mai suivant pour être dirigé sur l'institut ophthalmique dans l'état qui suit : L'œil droit est le siége de cette variété d'inflammation que les auteurs allemands ont désignée sous la dénomination d'ophthalmie scrofulo-veineuse ; la cornée est complétement opaque et vascularisée ; il y a de la photophobie et une congestion assez intense des membranes internes. L'œil gauche est sain. Le malade est soumis à un traitement *anti-congestif* (applications réitérées de sangsues au fondement, purgatifs deux fois par semaine, cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures), à l'usage des toniques reconstitutifs, et localement aux applications du mucilage tannique. Après trois semaines de ce traitement, les sangsues sont supprimées ; on continue l'emploi des collyres au tannin et on administre à l'intérieur le traitement dit *fondant* (2 à 4 pilules par jour, composées chacune de 5 centigrammes de calomel et de 5 centigrammes d'extrait de ciguë ; purgatifs salins tous les 3 à 4 jours).

Le 26 juillet, Cansier sort de l'hôpital pour être dirigé sur le dépôt de son corps. A peine remarque-t-on sur la cornée de l'œil gauche quelques légers nuages.

Ulcères des cornées, congestion choroïdienne ; 22 jours de traitement.

Obs. XVII. — Casteleyen. Joseph-François, âgé de 38 ans. soldat congédié du 7e régiment de ligne, d'une bonne constitution, d'un tempérament bilioso-sanguin, exerçant le métier de colporteur, a contracté l'ophthalmie en 1836, étant au service, et a été traité à diverses reprises, pendant 22 mois, dans les hôpitaux de Gand, Liége et Beverloo. En 1841, il reçoit son congé. Depuis cette époque, il assure avoir continuellement souffert des yeux et avoir essayé vainement d'un grand nombre de remèdes qui lui ont été conseillés par des médecins ou des guérisseurs ambulants. N'y voyant plus assez pour continuer son métier, il adresse une requête à monsieur le ministre de la guerre, à la suite de laquelle il subit une visite à l'hôpital militaire de Louvain le

12 juillet de cette année, et y est retenu en traitement. Voici quel était alors son état : Deux ulcères situés au centre des cornées, recouvrent entièrement le champ pupillaire ; l'aspect sale et bleuâtre des conjonctives, un lacis de vaisseaux volumineux et bleuâtres rampant à la surface de cette membrane, la décoloration du fond de l'œil et une certaine irritabilité de cet organe indiquent une congestion de la choroïde de longue date. Le malade accuse l'existence de mouches volantes et voit, dit-il, à peine pour se conduire.

Le traitement anti-congestif et l'emploi du mucilage tannique amènent au bout de 21 jours un résultat tout à fait inespéré. Le 3 avril, la commission des pensions à laquelle le malade est présenté, constate l'existence de cicatrices légèrement nuageuses au centre des cornées, et établit en sa faveur une proposition de pension provisoire.

Ulcères de la cornée ; 16 jours de traitement.

Obs. XVIII.—Verbestel, Constantin, âgé de 30 ans, soldat pensionné provisoirement du 3e régiment de chasseurs à pied, entre à l'institut ophthalmique le 17 juillet dernier dans l'état suivant : staphylôme partiel et peu saillant de l'iris et de la cornée de l'œil droit avec effacement presque complet de la pupille ; état nuageux de la cornée de l'œil gauche ; large ulcération sur le segment interne de cette membrane (purgatifs répétés et mucilage tannique). Le 3 août, l'ulcère est cicatrisé et l'état nuageux de la cornée réduit à l'état d'obnubilation.

Le malade sort le 6, proposé de nouveeau pour la pension provisoire pour un an.

On aura remarqué, sans doute plusieurs fois déjà en lisant ces observations, les changements remarquables que subissent certaines opacités de la cornée sous l'influence des préparations tanniques. C'est là un point sur lequel nous avons à peine insisté dans le cours de ce travail, mais auquel quelques faits récemment observés ont donné une importance que nous n'avions pas prévue d'abord et qui méritera ultérieurement de notre part un examen approfondi.

Ophthalmie abdominale, ulcère de la cornée ; 4 mois de traitement.

Obs. XIX. — Blésé, Jacques, âgé de 45 ans, sergent pensionné provisoirement du 8e régiment de ligne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, a essuyé plusieurs atteintes d'ophthalmie dont il a été traité pendant 42 mois successivement dans les hôpitaux militaires de Gand, Mons, Philippeville, Louvain et à la salle des granulés de son régiment ; il était pensionné depuis un an environ, lorsqu'il s'est représenté le 24 avril dernier devant la commission des pensions, dans l'état suivant : ophthalmie abdominale subaiguë ; deux ulcères transparents occupant la partie centrale de la cornée ; il y a beaucoup de photophobie, du larmoiement, du blépharospasme et des douleurs

frontales vives du côté droit. Nous prescrivons les applications réitérées de sangsues au fondement, l'usage journalier de pilules aloétiques et les applications à l'œil droit du mucilage tannique. Le malade ne supportant pas l'action de ce collyre, nous en susp ndons l'usage; après quelques jours nous y avons de nouveau recours Vers la fin de juillet nous employons, immédiatement après chaque application de ce topique, l'occlusion palpébrale pratiquée avec le collodion d'après notre procédé. A dater de ce moment, les ulcères qui s'étaient jusque là montrés rebelles marchent rapidement vers la guérison. Le 17 août, le malade conserve à peine que ques légers nuages sur les cornées; il sort de l'institut le 21, proposé de nouveau pour la pension provisoire.

Staphylôme général de l'iris et de la cornée de l'œil droit; 7 semaines de traitement.

Obs. XX.— Duchêne, Jean-Baptiste. âgé de 25 ans, soldat au 2e régiment de lanciers, a éprouvé au mois de mars dernier, à la suite d'un abcès à la mâchoire supérieure droite, une violente ophthalmie qui qui s'est terminée promptement par la désorganisation de l'œil de ce côté.

A son entrée à l'institut le 1er juin, il présente un staphylôme de l'iris et de la cornée de l'œil droit avec boursoufflement considérable de la muqueuse oculo-palpébrale. Il est mis à l'usage du mucilage tannique. Le 22 juillet, la conjonctive ayant repris son aspect normal et tout mouvement fluxionnaire vers l'œil ayant cessé, et par cela même la tumeur staphylômateuse ayant perdu sa grande tendance à se reproduire, nous pratiquons la ponction du staphylôme que nous faisons suivre immédiatement de l'occlution palpébrale. Le 1er août, le staphylôme s'étant reproduit en partie, nous répétons la même opération, et le 3 la tumeur se trouve réduite à la saillie d'une cornée normale dont elle présente la convexité uniforme. Cet état se maintient jusqu'au 21, époque où le malade sort de l'établissement avec un certificat d'inaptitude au service.

Nous ajouterons que, depuis un, an nous avons eu un grand nombre de staphylômes à traiter et que toujours, après avoir eu le soin de détruire préalablement tout travail inflammatoire ou fluxionnaire local, la ponction de la tumeur suivie de l'occlusion palpébrale nous à réussi. Nous pensons que le collyre tannique employé dans ce cas, avant et après la ponction, concourt doublement à l'affaissement du staphylôme, et par son action hyposthénisante en combattant le mouvement fluxionnaire, et par ses effets coagulants en accélérant la formation du tissu inodulaire à la surface de la tumeur et augmentant ainsi l'épaisseur et la résistance de ses parois.

Nous terminons ici nos citations. Le chiffre pourra en paraître bien peu élevé, eu égard à celui des malades qui ont été soumis à l'action du tannin. Cette objection ne serait pas sans valeur si nos observations

avaient été prises indistinctement parmi tous ces malades ; mais il n'en est pas ainsi. Les exemples recueillis à l'institut sont relatifs à des ophthalmiques admis dans cet établissement depuis le 24 avril dernier, et chez lesquels le tannin a été le seul topique employé. On conçoit, dès lors, que si notre choix eût porté sur l'ensemble des malades que nous avons traités par cet agent depuis 14 mois, et dont le nombre s'élève à 225 environ, il nous eût été facile de multiplier considérablement le chiffre de nos succès ; mais en agissant comme nous l'avons fait, nous avons eu un double but : conserver aux résultats obtenus par le tannin toute la valeur qu'ils méritent, et éviter à nos lecteurs et à nous-même l'ennui d'un trop grand nombre de citations.

Cependant, qu'on ne croie pas que nos succès aient été constants et toujours aussi remarquables, non ; nous avons trouvé les préparations tanniques insuffisantes dans quelques cas, mais ces cas ont été exceptionnels et fournis seulement par des malades qui déjà avaient été soumis inutilement à d'autres traitements. Quoi qu'il en soit, nous croyons que ceux qui liront ce travail sans prévention, que ceux-là, surtout, qui ont visité l'institut ophthalmique, partageront avec nous la conviction : que nul agent thérapeutique en ophthalmologie ne réunit à tant d'efficacité, plus de facilité et d'innocuité dans l'application.

(*Archiv. belges de méd. milit.*, août 1851.)

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADEMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1851-1852. — N° 1.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1851. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

M. Didot annonce au Bureau de l'Académie la prochaine présentation d'un mémoire sur la prophylaxie du cancer par la syphilisation artificielle.

M. Simon envoie les observations qu'il a recueillies dans son service à l'hospice de la Maternité de Liége, sur l'application du forceps-scie, et demande qu'il en soit donné lecture dans cette séance.

M. le docteur Thiry adresse à l'Académie la lettre qui suit :

« Monsieur le Président,

« Pendant le semestre qui vient de s'écouler, j'ai exposé, tant dans le cours qui se donne à l'Université, que dans ma clinique à l'hôpital Saint-Pierre, une théorie sur la possibilité *de la guérison du cancer par la syphilisation.* Cette théorie m'a été inspirée par l'incurabilité trop bien constatée de cette redoutable affection et par des résultats plus favorables qui paraissent avoir été obtenus dans certains cas où la syphilis venait la compliquer. Je la communiquai à un grand nombre de confrères, entre autres à MM. Seutin, Joly, Pigeolet, Crocq, Vanhuevel et à vous-même, si je ne me trompe, M. le Président. Par là, je voulais m'entourer de toutes les lumières possibles, et m'appuyer sur l'expérience d'hommes distingués, avant d'entreprendre les essais que je me proposais de faire. Avant de rien publier sur une idée que je pouvais croire vraisemblable et rationnelle, mais qui pouvait n'être qu'une utopie, je voulais avoir la sanction de l'expérience ; maintenant je romps le silence que je m'étais d'abord imposé et voici pourquoi :

« Je viens d'apprendre que dans l'ordre du jour de la prochaine séance de l'Académie, se trouve annoncé un travail de M. le docteur Didot, de Liége, ayant pour titre : *Essai sur la prophylaxie du cancer par la syphilisation.*

« Je vous l'avouerai, M. le Président, l'apparition de ce travail m'a quelque peu étonné. Cependant j'admets que la même idée ait pu germer dans deux têtes à la fois; j'ignore les opinions de M. Didot et les idées qui leur servent de base ; jusqu'à présent je n'ai connaissance que du titre de son travail. Toutefois, en présence de ce qui précède, je pense que vous me permettrez de revendiquer la priorité sur cette question, en tant qu'il puisse y en avoir une ; et que vous voudrez bien communiquer à l'Académie les raisons sur lesquelles j'ai cru pouvoir établir la possibilité de la guérison du cancer par la syphilisation, et les procédés que j'ai indiqués pour arriver à ce résultat.

« Il est un fait qui, je pense, ne sera contesté par personne ; c'est que la cachexie syphilitique peut, dans certains cas, se transformer en cachexie cancéreuse, et les altérations syphilitiques faire place à des altérations cancéreuses.

« On a vu des affections diagnostiquées comme cancéreuses et succédant à la syphilis, céder à un traitement antisyphilitique méthodiquement appliqué ; de sorte que l'on aurait pu croire que la guérison d'une de ces cachexies avait entraîné la guérison de l'autre. Ceci est tellement vrai, que j'ai vu des chirurgiens les plus illustres s'informer avec soin, lorsqu'ils avaient devant eux un malade atteint de cancer, s'il n'avait jamais présenté de symptômes syphilitiques, comme si leur instinct chirurgical leur avait fait pressentir, dans cette coïncidence, une dernière planche de salut, On objectera sans doute une erreur de diagnostic, et cette objection pourrait être fondée ; je répondrai que c'est précisément ce qu'il faut vérifier, et la théorie que j'ai émise doit conduire à cette vérification.

« Abordons maintenant un autre ordre d'idées ; on ne peut nier en thérapeutique l'efficacité, l'utilité de la *méthode dite substitutive.* Dans une foule de cas, on substitue une maladie, une forme de maladie, une lésion à une autre, pour en amener ou pour en faciliter la guérison. Ce qui est vrai pour une maladie ordinaire, purement locale, ne peut-il pas l'être pour une maladie générale, pour une cachexie ? Voilà ce que je me suis dit; et si l'expérience répond affirmativement dans certains cas, ne peut-elle pas également le faire dans d'autres ? Dans la circonstance actuelle, nous savons positivement que la forme cancéreuse peut se substituer à la forme syphilitique ; l'inverse est-il impossible ? C'est une question à laquelle on ne peut répondre trop légèrement.

« De ces considérations j'ai tiré les conclusions suivantes :

« 1° Que, dans le cas de succession de la cachexie cancéreuse à la cachexie syphilitique, il est peut-être possible de guérir la première par le traitement de la seconde ;

« 2° Que, si la cachexie cancéreuse peut se greffer sur la ca-

chexie syphilitique, il est également possible de greffer la syphilis sur le cancer ;

« 3° Qu'en agissant ainsi, on suit les règles de la méthode substitutive, et que l'on peut arriver à remplacer une maladie incurable, par une maladie curable ;

« 4° Que si l'expérience établit la vérité de ces propositions, il y a lieu de considérer la syphilisation comme propre à favoriser la guérison du cancer, et à la considérer comme le premier des moyens à lui opposer ;

« 5° Que, si l'on était arrivé à prouver l'action curative de la syphilisation contre le cancer, on pourrait également essayer son emploi comme prophylactique dans certains cas à déterminer ;

« 6° Que la syphilisation ne doit point être considérée comme l'*ultima ratio medendi*, mais doit être appliquée dès qu'on a acquis la certitude de l'existence du cancer, afin d'en assurer et d'en faciliter la réussite.

« Ces conclusions étant adoptées, il y a lieu à recourir au procédé suivant :

« Supposons un cancer ulcéré du sein : 1° il faudrait appliquer le virus chancreux inoculable sur toute la surface cancéreuse, de manière à substituer à *l'ulcère cancéreux un ulcère chancreux ;* il faudrait renouveler fréquemment cette application, si le pouvoir ulcératif ne se développait pas avec assez d'énergie.

« 2° Il faudrait pratiquer sur diverses parties du corps des *inoculations chancreuses*, afin d'obtenir des chancres, qui, par leur passage à la *terminaison indurée*, pussent infecter syphilitiquement la constitution ; on arriverait ainsi à ce que nous appellerons la *transposition des cachexies.*

« 3° Une fois l'ulcère chancreux substitué à l'ulcère cancéreux, il faudrait le laisser marcher, afin qu'il pusse envahir l'altération dans toute son étendue et toute sa profondeur, si toutefois la force de la puissance virulente y suffisait.

« 4° L'*induration chancreuse* étant produite et ses symptômes secondaires développés, il faudrait encore attendre quelque temps, afin que l'intoxication syphilitique fût bien établie, puis enfin recourir au traitement propre à la combattre.

« On conçoit que toutes ces propositions sont purement spéculatives, et qu'avant de les adopter il leur faut la sanction de l'expérience.

« Telle est, M. le Président, la théorie que j'ai exposée, il y a déjà longtemps, sur les effets possibles de la syphilisation appliquée à la thérapeutique et à la prophylaxie des affections cancéreuses.

« Pressé par le temps, je ne fais ici que vous donner un résumé bien succinct, bien imparfait, de mes idées sur cet important sujet, me réservant de les développer plus tard, si l'expérience vient les confirmer.

« Veuillez agréer, M. le Président, l'assurance de ma haute considération.

« Docteur Thiry,

« Professeur à l'Université de Bruxelles.

« Bruxelles, le 24 octobre 1451. »

— MM Lombard et Didot demandent la parole.

— M. le Président : Je dois consulter l'Académie sur la suite qu'elle veut donner à cette affaire. Voici une lettre lue à l'occasion d'un travail annoncé pour la séance actuelle. Est-ce le fond même de la lettre, est-ce la forme que l'on veut discuter ? Si c'est le fond, il me semble qu'il peut être discuté en même temps que le mémoire annoncé par M. Didot. Si c'est la forme, la discussion peut s'ouvrir immédiatement.

— M. Lombard : Mon intention n'est pas de m'occuper du fond de la question : elle est d'une trop grande importance, et demande à être examinée mûrement. Je veux seulement témoigner d'un fait, rien de plus.

Je me souviens très bien qu'après la lecture du premier fait de syphilisation annoncé par la *Gazette médicale*, et M. Didot étant chez moi, l'idée relative au cancer lui vint dans le même moment, et il me dit : « mais cette syphilisation pourrait bien être appliquée au traitement du cancer. » Nous en parlâmes quelque temps, et depuis lors, M. Didot a mûri cette idée ; il m'en a parlé dix ou douze fois.

Ce fut donc le jour même où nous reçûmes le numéro de la *Gazette médicale* de M. Guérin, qui parlait de la syphilisation, et la première fois que ce mot-là frappait notre oreille, que M. Didot me parla de l'application de cette syphilisation au cancer.

— M. Didot : Cette première conversation eut lieu vers le commencement de janvier 1851.

Du reste, je puis affirmer sur l'honneur, que jamais je n'ai ni entendu dire, ni appris directement ou indirectement que M. Thiry se soit occupé de cette idée ; et s'il s'en est occupé, la lecture de sa lettre me prouve qu'il n'a entrevu qu'un coin de la question, et que nous différons complétement d'opinion.

M. Thiry, si j'ai bien compris le sens de sa lettre, parle seulement de l'application pratique, de l'inoculation du pus chancreux sur des tumeurs cancéreuses du sein, c'est-à-dire sur des *tumeurs extérieures ulcérées*. Je ne vais pas aussi loin, et je n'enjambe pas d'un seul coup d'aussi énormes distances. Ma manière de procéder est plus réservée ; je me garde bien surtout, de venir étourdiment vous crier que *pour guérir le cancer, il faut donner la vérole, sans savoir ce qu'est le cancer, et sans connaître les rapports qui peuvent exister entre les deux maladies* A la vérité, je n'ai pas eu le bonheur de tomber dans une chaire au sortir de l'œuf ; de sorte que je suis forcé de mûrir mes idées avant de les produire. Afin de ne rien avancer sans preuves, j'y pense longuement, et je fais en sorte que le cachet de l'observation, du juge-

ment soit imprimé sur mes écrits. C'est pour cela que je ne puis encore me prononcer sur la question de la *curabilité du cancer*, et surtout du *cancer ulcéré* par la substitution du virus syphilitique.

Je ne vous entretiendrai pas maintenant de cet objet ; cependant, si la lettre de M. Thiry doit être insérée au *Bulletin*, je demande que mon travail, qui n'est pas encore complétement terminé, auquel je n'ai pu donner encore la forme convenable pour être soumis à l'Académie, soit imprimé en même temps.

Je n'attache pas une grande importance à la question de priorité ; j'avoue même qu'il y a une sorte d'enfantilage à revendiquer à grands cris des droits semblables pour une chose qui n'est pas encore démontrée, qui, en dernière analyse, n'est encore qu'une simple théorie. Cependant je désire qu'à chacun revienne ce qui lui appartient.

Comme vient de vous le dire M. Lombard, la première idée de la prophylaxie du cancer par la syphilisation artificielle, m'a été suggérée par la lecture de la *Gazette de médicale de Paris*, et par les premiers essais de M. Auzias Turenne.

Ces idées furent bientôt confirmées par la lecture d'un travail extrêmement intéressant, soumis à l'Académie nationale de Paris par M. le docteur Hameau, de la Gironde, sur *la nature des virus*. Ce travail, digne de l'attention de tous les médecins, justifie pleinement le vote de *haute approbation* qui lui a été accordé par la savante Compagnie.

M. Hameau croit que l'on doit donner le nom de virus à toute matière hétérogène qui peut s'introduire dans un corps vivant, y rester un certain temps dans l'inaction, c'est-à-dire à l'état d'*incubation*, s'y régénérer, s'y multiplier, et en sortir ensuite pour agir de même dans un autre corps. Selon le même auteur, ces matières paraissent avoir un principe de vie. Telle est sa formule, ou du moins tel en est le sens.

Il considère donc comme virus toute substance ou toute cause de maladie qui peut produire des effets identiques à ceux qui lui ont donné naissance, et qui est ensuite susceptible de se régénérer et de se transmettre à d'autres individus.

Ces virus sont *persistants* ou *passagers*, selon qu'ils séjournent indéfiniment dans l'organisme, comme la syphilis, ou qu'il l'abandonnent sans retour, comme la variole, la scarlatine, etc. Ils ont les uns pour les autres une *antipathie* marquée, de telle sorte qu'*un corps, attaqué par l'un, ne peut l'être par l'autre*. Il y a également répulsion entre les virus passagers et les corps qu'ils ont quittés. Ainsi le vaccin a une antipathie énergique pour le virus variolique, et celui-ci pour les corps qu'il a quittés.

Ces prémisses étant posées, il était facile d'en conclure que nous étions loin d'avoir découvert toute la physiologie des virus, et surtout de connaître les limites du possible en fait de maladies transmissibles.

C'est alors que je connus aussi les essais de M. Auzias Turenne, et bientôt après les tentatives de MM. Spérino, Diday et autres. Au

moyen de l'inoculation du pus chancreux on avait produit la pustule syphilitique sur le singe; on avait saturé des prostituées de virus syphilitique, au point de rendre toute inoculation ultérieure impossible ; on avait donc créé un *antagonisme* positif entre le virus syphilitique et tous les virus qui lui sont *antipathiques*. Mais pour utiliser cette *antipathie*, cet *antagonisme*, il fallait savoir quand et comment on pourrait s'en servir dans un but *curatif* ou *prophylactique*. Il ne suffisait point, comme l'a fait trop légèrement M. Thiry, de saisir au vol les premières idées, et de venir immédiatement annoncer qu'on a *inventé le traitement du cancer par l'inoculation syphilitique des tumeurs ulcérées ou autres*. Tout cela ne pouvait être que de l'empirisme de la pire espèce, et, qui plus est, de l'empirisme immoral! Pour arriver à des résultats précis, il fallait d'abord faire une étude raisonnée de la nature des virus; il fallait, en second lieu, faire une étude *tout à fait neuve* du cancer, et chercher à bien établir sa nature, ses attributs et, enfin, son essence *virulente*. Or, je ne sache pas qu'il y ait dans la lettre de M. Thiry un seul mot, une seule idée qui permette de croire que c'est ainsi qu'il a agi. J'ai donc lieu d'être surpris de ses prétentions !...

Quant à ce qui me concerne, voici en deux mots les résultats auxquels je suis arrivé.

Ayant été frappé de ce fait constant et absolu, que le cancer consiste dans une lésion toujours identique, qui est le *suc* et la *cellule cancéreux*; ayant constaté que les maladies cancéreuses parcourent des phases qui sont toujours les mêmes, et dont la conclusion est toujours la même, je me suis demandé s'il n'était pas possible de rattacher le cancer aux affections virulentes en suivant l'interprétation de M. Hameau ; et dans le cas où le rapprochement serait possible, s'il n'existait pas entre la *syphilis* et le *cancer* un *antagonisme*, une *antipathie* qui pourraient tourner au profit de l'humanité ? En effet, je ne tardai pas à voir briller de nouvelles lumières dans les voies inexplorées que je suivais, et bientôt je commençai à croire que j'étais sur le chemin de la vérité.

D'abord, il est d'observation que les prostituées qui, en géuéral, ont été atteintes plus d'une fois de la vérole, ne présentent, pour ainsi dire, jamais d'affections cancéreuses. Tous les pathologistes constatent qu'à la suite des affections syphilitiques, jamais il n'arrive d'affections cancéreuses. Je sais bien qu'il est des auteurs qui ont cru à une parenté entre les deux maladies, parce que des affections que l'on avait diagnostiquées cancéreuses, ont cédé au traitement mercuriel ; mais c'est là une de ces erreurs surannées, que Parent Duchatelet a combattues en signalant l'immunité dont jouissent les prostituées, et que M. Lebert a relevées tout récemment. C'est peut-être grâce à pareille erreur de diagnostic, que M. Thiry aurait eu l'idée de donner une vérole certaine pour combattre plus facilement une vérole problèmatique qui se cacherait sous les attributs du cancer. Si telle est son idée, je me garderai bien de lui en contester le mérite ou la priorité.

Dans tous les cas, tous ceux qui ont fait une étude sérieuse des maladies cancéreuses, comprendront que pour guérir un cancer du sein, ulcéré ou non, il faut autre chose que l'opposition de l'induration syphilitique à l'induration spécifique du cancer. Je crois donc que M. Thiry n'a pas suffisamment réfléchi avant d'écrire sa lettre.

Il est un autre fait que je prends encore au hasard dans mon travail, et qui vient confirmer l'interprétation que j'ai donnée à l'immunité des prostituées : c'est l'*inaptitude des vieillards en général, à contracter la vérole.* Combien d'entre nous, Messieurs, ont eu l'occasion de donner des soins à des vieillards pour des maladies syphilitiques récentes ? Bien peu, sans doute. L'honorable M. Lombard avait été depuis longtemps frappé de ce fait ; il l'avait même généralisé dans ses leçons cliniques, et n'a pas peu contribué à lui donner dans mon esprit toute la valeur qu'il comporte. D'où vient cette *immunité nouvelle* ? Est-ce que les vieillards sont tellement sages, en général, qu'il soit possible d'attribuer à la vertu, à la continence, cette absence de toute contamination ? Nullement. On sait que le libertinage est de tous les âges, et que les vieillards n'en sont pas plus exempts que les jeunes fous. Au déclin de la vie, il ne reste plus que des regrets, que l'on transforme en désirs souvent impuissants. L'imagination qui survit aux sens devient plus impérieuse que la raison, et l'on s'expose à toutes les causes d'infection. Cependant l'on ne contracte rien ! En revanche, si l'on n'est plus apte à contracter la vérole, on est d'autant plus exposé au cancer, et nous savons que c'est en effet dans la deuxième moitié de la vie que les affections cancéreuses se présentent et plus nombreuses et plus terribles.

J'abrége tous ces détails, que je ne puis présenter ici que d'une manière trop décousue et tout à fait incomplète. Je n'étais point préparé, parce que je pensais qu'il ne serait pas question de cette discussion aujourd'hui ; mais je terminerai immédiatement mon travail pour qu'il puisse être imprimé avec le *Bulletin.*

Un mot encore. On dira peut-être que c'est une chose étrange de donner la vérole à quelqu'un pour le préserver ou le guérir du cancer ? Cela est vrai, et je le reconnais tout le premier. Mais si mes prévisions se justifient, s'il est reconnu que le cancer est une *maladie virulente, antipathique à la syphilis,* alors tout scrupule devra cesser. Ne perdons pas de vue que le cancer tue inévitablement et par sa seule puissance, tandis qu'on peut très bien vivre avec la vérole, surtout quand on en arrête à temps les manifestations.

Rapports.

Rapport de la Commission chargée de constater, à Bruxelles, les avantages respectifs du forceps-scie de M. Vanhuevel et du diotrypteur de M. Didot. — M. Marinus, rapporteur.

Messieurs,

L'Académie, dans sa séance du 25 mai 1850, après une discussion sur le mémoire présenté par notre honorable collègue M. Didot, re-

latif à un nouveau mode de délivrance dans les cas d'augustie extrême du bassin, a décidé que deux Commissions seraient nommées, l'une à Liége, l'autre à Bruxelles, pour constater les avantages respectifs du forceps-scie de M. Vanhuevel et du diatrypteur de M. Didot, afin de fixer l'opportunité de chacune de ces deux méthodes, suivant les cas.

Le Bureau nous a désignés, M. Seutin et moi, pour composer la Commission de Bruxelles, et nous avons accepté, dans l'intérêt de la science et de la pratique, la mission qui nous était confiée au nom de la Compagnie. Pour la remplir consciencieusement et d'une manière convenable, il fallait que nous fussions en position de pouvoir observer des cas nécessitant l'application de ces procédés, cas qui ne se rencontrent que de loin en loin dans la pratique privée. La Maternité de cette ville nous offrit heureusement l'occasion de donner cours à nos observations : M. Vanhuevel, chirurgien de cet établissement, sur l'invitation que le Bureau de l'Académie lui adressa, se fit un devoir de convoquer vos commissaires pour assister à ses opérations et aux conférences qui les précèdent toujours, chaque fois qu'un cas de rétrécissement extrême du bassin nécessitant l'embryotomie ou une opération sanglante sur la femme, se présentait dans son service.

Sept cas se sont offerts à notre observation depuis que l'Académie nous a investis de ce mandat : dans tous, l'accouchement a été opéré par l'application du forceps scie. Nous avons suivi ces opérations avec toute l'attention dont nous sommes capables, nous en avons recueilli les observations, noté les particularités dignes de remarque, ainsi que les résultats, afin de pouvoir établir une juste appréciation de la méthode.

Pour compléter notre travail, il nous eût fallu pouvoir être témoins de l'application du diatrypteur de M. Didot : il ne nous a pas été donné de faire ces observations, l'instrument dont il s'agit n'étant pas mis en usage à la Maternité de Bruxelles. Afin de fixer son incertitude, votre rapporteur a appliqué lui-même le diatrypteur sur le cadavre, avec les mêmes précautions que s'il s'agissait de délivrer une femme vivante, et il a tenu note des effets obtenus et des résultats qu'ils doivent nécessairement entraîner. J'aurai l'honneur de vous rendre compte de ces essais, entrepris sans prévention et en me conformant aux préceptes indiqués par M. Didot.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SEPT. 1851.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim	Quantité d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°	mm.		
1	762,60	12,1	16,9	9,4	6,87	NO.	Froid, sombre, pluie intermittente.
2	756,37	14,7	17,3	14,0	2,29	O.-OSO.	Sombre, pluie intermittente.
3	759,95	15,8	18,6	13,1	1,53	O.-SO.-ONO.	Couvert le matin, beau le soir.
4	756,12	15,2	19,4	13,5	1,27	NO.	Sombre, pluie intermittente.
5	758,85	15,2	19,1	13,6	5,61	ONO.	Sombre, pluvieux ; s'éclaircit le soir.
6	764,00	14,9	20,0	12,0	1,15	ONO.-NO.	Assez sombre et froid.
7	766,83	14,1	17,2	10,1	»	NO-NE.	Beau.
8	768,43	14,4	18,1	9,1	»	NE.	Incertain le jour; beau le soir.
9	770,29	10,2	17,2	5,5	»	NE.-N.	Superbe.
10	771,11	10,8	16,1	5,6	»	N.-E.	Couvert de nuages sauf le matin.
11	770,30	12,8	17,0	8,8	»	E.-NE.	Très-beau ; brouillard le soir.
12	767,53	12,0	17,4	7,9	»	ENE.-NE	Très-beau ; brouillard le matin.
13	765,16	15,9	18,4	10,4	»	NE.-NO.	Nuageux, beau ; se découvre le soir.
14	767,52	14,7	18,0	10,4	»	NO.	Nuageux, beau ; se découvre le soir.
15	769,95	14,4	18,2	9,4	»	NO..	Nuageux le matin ; beau le soir.
16	771,68	13,4	18,6	10,5	»	NNO.-NE.	Sombre.
17	766,91	13,0	17,6	12,1	»	NE.-E.	Assez beau ; vent froid.
18	761,44	13,9	16,2	9,5	»	E.-NE.-ENE.	Sombre, vent ; il tombe l'après-midi.
19	75[illegible],35	12,7	15,9	10,2	»	NE.	Sombre, pluie ; se découvre le soir, puis brouillard.
20	758,06	10,8	15,1	9,3	0,51	NE.	Couvert.
21	755,18	14,7	17,4	12,9	9,04	NE.-NO.	Sombre, pluvieux.
22	754,64	15,0	21,8	12,7	4,58	NO.-N.-NE.	Pluie le matin ; beau le soir.
23	760,39	12,9	18,8	10,2	»	NE.-NNE.	Beau ; brouillard le matin.
24	761,07	13,7	18,1	11,2	»	NNE.-NE.	Très-beau.
25	755,65	12,0	17,9	9,5	»	NE.	Très-beau.
26	750,35	10,3	18,2	8,4	2,04	NE.-O.-SO.	Vent froid ; nuageux le matin, beau le soir.
27	752,16	9,8	12,9	6,3	»	SO.-O.	Très-beau.
28	755,55	9,7	14,3	7,0	»	S.-SO.	Beau le matin ; pluie fine l'après-midi ; couvert le soir.
29	754,33	9,3	15,1	5,5	0,25	SO.-O.-NO.	Beau et brouillard infect le matin ; sombre le soir.
30	748,32	12,3	15,9	9,5	0,13	NO.-NNO.-N.-SE.	Sombre, incertain.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

IV. Pathologie, Thérapeutique et Clinique médicale.

PATHOLOGIE INTERNE.

1. *Recherches cliniques sur la pathologie, le diagnostic et le traitement de certaines formes chroniques de maladies du cœur* ; par le docteur CHARLES RITCHIE, médecin de l'infirmerie royale à Glasgow.

(Archives générales de médecine, octobre 1851.)

Je me propose, dans ce travail, de tracer les caractères distinctifs de deux formes de maladies du cœur qui, tout en présentant dans leur aspect extérieur une ressemblance générale, se différencient cependant l'une de l'autre par des caractères assez tranchés, au moins dans leur première période ; car, à une période avancée, la multiplicité des altérations pathologiques, et jusqu'à un certain point leur identité, affaiblissent peu à peu les nuances, au point que la distinction devient difficile et même impossible.

La première de ces deux formes de maladies du cœur n'est autre chose qu'une lésion dans la capacité du cœur ; elle a son point de départ en un trouble de la circulation dans les subdivisions capillaires de l'artère et des veines pulmonaires ; elle est constituée, dans sa première période, par un état de distension, et peu à peu de dilatation et d'engorgement permanent du cœur droit, qui, par sa pression constante sur l'aorte, finit par déterminer un élargissement des parois ventriculaires, de l'orifice auriculo-ventriculaire et de toutes les cavités du cœur gauche, et, en dernier lieu, par une augmentation dans la congestion des vaisseaux pulmonaires et dans la dilatation du système veineux général.

La seconde forme a pour caractères des lésions primitives

dans la texture du cœur, et le point de départ de l'obstacle circulatoire se trouve dans l'aorte ou dans le cœur gauche ; elle est constituée, à ses premières périodes, par les phénomènes que détermine l'obstacle au cours du sang à travers le ventricule ou l'oreillette gauche, et à sa dernière période par tous les phénomènes qui dépendent de l'accumulation du sang dans le cœur gauche, dans le système circulatoire pulmonaire et, en dernier lieu, dans le système veineux général.

A sa première période, la première forme est ordinairement associée avec la bronchite ou l'asthme, et quelquefois avec les tubercules pulmonaires ; la deuxième forme succède souvent à un rhumatisme plus ou moins marqué, et d'autres fois se montre comme complication de l'albuminurie primitive et de la phthisie. A une période avancée, les deux formes sont constituées, en même temps que par un accroissement dans le poids, le volume et la capacité du cœur, par un engorgement et une dilatation du système pulmonaire et veineux, et plus tard par la rétraction et l'induration du foie, de la rate et des reins, ainsi que par l'anasarque.

Les faits sur lesquels repose ce travail sont au nombre de 185, à savoir : 72 appartenant à la première forme, et 113 à la seconde ; de ces derniers, 37 consistaient en des altérations de l'orifice aortique ou de l'aorte, 25 en des altérations de la valvule mitrale, 24 des valvules aortiques et mitrale ; 5 des valvules aortiques, mitrale et tricuspide à la fois ; dans 2 les valvules pulmonaires ou la valvule tricuspide étaient seules malades ; dans 20 cas, l'altération de sructure n'était pas précisée d'une manière très nette.

Je tracerai d'abord les caractères de ces deux affections dans leur marche progressive jusqu'à la terminaison funeste ; puis je chercherai, par une comparaison attentive de leurs symptômes respectifs, à établir leur diagnostic ; enfin, je poserai les bases du traitement qui me paraît convenir le mieux à chacune d'elles.

L'auteur a résumé son travail dans les propositions suivantes, qui en présentent l'ensemble de la manière la plus fidèle :

1° Une grande proportion des maladies communes qu'on observe dans la pratique et dans les hôpitaux (12 pour 100 environ à l'hôpital de Glasgow) se compose de deux formes d'affection du cœur : l'une dans laquelle les lésions cardiaques ont pour siége le côté droit de cet organe, et sont les effets immédiats d'un trouble dans la circulation pulmonaire ; l'autre, dans laquelle les lésions, commençant par le côté gauche du cœur ou

par les gros vaisseaux, donnent lieu à des changements de structure dans ces parties elles-mêmes.

2° La première (forme *droite, pulmonaire, congestive)* est constituée par l'emphysème pulmonaire, des altérations dans le volume et la contractilité des vaisseaux pulmonaires, une congestion ou une inflammation de la membrane muqueuse des bronches, un engorgement sanguin et une dilatation de la totalité des chambres du cœur, et une augmentation de son poids, portée jusqu'à une moitié en sus de son poids normal.

3° La seconde (forme *gauche, endocardiaque, organique*) se compose de diverses dégénérations de la membrane séreuse du cœur gauche et de l'aorte, d'imperfections dans les valvules, d'accroissement du poids du cœur, qui est parfois quadruple de ce qu'il est dans l'état ordinaire, et d'une dilatation permanente de ses cavités.

4° Dans la forme droite ou congestive, la dilatation du cœur gauche finit par être aussi grande que celle du cœur droit, et s'accompagne d'un rétrécissement de l'orifice aortique et d'élargissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche; la cause déterminante de tous ces changements se trouve dans la pression exercée sur l'origine de l'aorte par l'artère pulmonaire et les portions supérieures du ventricule droit gorgées de sang.

5° Dans la forme gauche ou organique, les altérations primitives consistent en dépôts fibro-cartilagineux, osseux, stéatomateux, calcaires, des végétations spéciales, et en leurs effets immédiats sur le cœur gauche ; et les effets les plus éloignés sont le reflux du sang dans le poumon et la dilatation du cœur droit.

6° Lorsque l'orifice auriculo-ventriculaire gauche est seul altéré dans sa structure, cette lésion est toujours associée à une dilatation du ventricule gauche et à une simple contraction de de l'orifice aortique, produites, autant qu'on peut le supposer, par la pression exercée, comme dans la forme congestive, par la dilatation du cœur droit sur l'aorte.

7° Les premiers effets de la congestion sanguine splanchnique que l'on observe dans ces deux formes de maladie du cœur comprennent l'augmentation de volume et d'activité fonctionnelle des organes intérieurs; et, plus tard, les dépôts graisseux, albumineux et fibreux, les épanchements séreux dans leur épaisseur ou dans les membranes qui leur servent d'enveloppe, le ramollissement de leurs tissus, la viciation ou la perte de leur puissance fonctionnelle, et, en dernier lieu, l'atrophie et l'induration de leur substance.

8° Les causes déterminantes de la forme droite ou *congestive*

sont presque toujours liées à un état de l'atmosphère. On l'observe principalement dans les mois d'hiver, et elle se fait remarquer ordinairement par la prédominance des symptômes bronchiques, la manifestation de troubles cardiaques se montrant toujours sur le second plan, et souvent même passant presque inaperçue.

9° Les causes déterminantes de la forme gauche ou *organique* sont, au contraire, toutes celles qui agissent plus particulièrement sur le système circulatoire. On l'observe presque avec une égale fréquence à toutes les époques de l'année, principalement chez les personnes exposées habituellement à la chaleur artificielle, à l'immersion habituelle ou fréquente dans l'eau froide, à de la gêne dans la circulation thoracique, ou présentant quelque altération du sang. Une fois dévoloppée, elle est activée dans sa marche par les efforts physiques considérables ou par des causes morales dépressives ; elle se caractérise alors par la prédominance de symptômes du côté du cœur ; la bronchite y est bien moins apparente ou ne s'y montre qu'accessoirement, et seulement à une période avancée. Ainsi, sur 40 cas de cette forme d'affection du cœur, on en observe 15 en été et 25 en hiver, tandis que, sur 40 cas de la forme droite, il y en a 34 en hiver, contre 6 en été. Sur 26 cas de maladie cardiaque gauche chez des femmes, 7 appartenaient à des femmes placées sous l'influence de l'état puerpéral, état dans lequel il est très probable que le sang n'est pas à l'état normal ; et quant aux hommes, la plupart avaient des occupations laborieuses, forgerons, boulangers, marins, teinturiers, mineurs, tailleurs, cordonniers, etc.

10° Les symptômes de ces deux formes d'affection du cœur varient suivant qu'on les observe dans leurs premières périodes ou dans leurs périodes avancées.

A. *Dans leurs premières périodes.*

11° Tout à fait au début, lorsqu'il n'existe pas de symptômes aigus se liant à la cause, par exemple des symptômes de bronchite dans la première, des symptômes d'inflammation du cœur dans la seconde, le sujet qui est sous le coup de la forme organique semble jouir d'une santé parfaite, d'une santé même florissante, aux yeux d'un observateur superficiel ; les joues sont colorées, la face brillante, et toutes les fonctions animales paraissent s'accomplir avec régularité. Dans la forme congestive, le sujet a l'air délicat, il y a un peu de dilatation des narines, une coloration jaunâtre et un peu bouffie de la face, souvent

même une légère distension du réseau capillaire des joues, et parfois le menton est tenu habituellement plus éloigné du sternum que cela n'a lieu dans les conditions ordinaires. Dit-on à ces deux malades de respirer : le premier fait une grande et profonde inspiration sans difficulté, tandis que, chez le second, la respiration est courte, et cet acte détermine un accès de toux ; d'un autre côté, tandis que la respiration, chez un individu affecté de maladie du cœur gauche, s'accélère par les efforts musculaires, en excitant une ou deux petites toux isolées, courtes, expiratoires ; dans la forme congestive, la respiration devient aussitôt plus ou moins sifflante, et s'accompagne d'une toux double, paroxystique, avec expectoration salivaire et muqueuse ; en même temps, chez le premier, on observe un sentiment de barre sous le sternum, des douleurs ou plutôt des battements dans les tempes et au sinciput, avec quelques palpitations à la région précordiale, phénomènes qu'on n'observe pas habituellement dans la convalescence de la bronchite.

Dans la forme congestive, la digestion est souvent troublée, affaiblie, sinon très difficile ; le pouls, dans l'état de repos, est lent, mou, petit, régulier ; dans la forme gauche, l'appétit est souvent vif, surtout pour les aliments azotés ; le pouls est constamment au-dessus de 70 par minute, impulsif, fort, rarement affecté beaucoup par le changement de position, mais très facilement par la chaleur ; et lorsque la lésion a pour siége la valvule mitrale, le pouls est souvent intermittent et dicrote.

L'exploration de la poitrine, faite dans les deux cas, fournit encore des distinctions importantes. Dans la forme congestive ou droite, le cou est moins chargé de tissu adipeux ; les muscles accessoires de la respiration, le trapèze, le sterno-mastoïdien, sont mieux développés ; les espaces intercostaux sont plus profondément creusés, et le cartilage ensiforme forme une dépression profonde ; en revanche, le diaphragme et les muscles abdominaux paraissent prendre à l'acte respiratoire une plus grande part que dans l'état normal. Dans le cas de maladies chroniques de l'aorte, les carotides, et peut-être aussi les brachiales et les radiales, battent plus fortement, et deviennent sensibles à l'œil à la moindre excitation ; dans la forme congestive, ce sont les jugulaires qui se gonflent, surtout pendant la toux ; les artères restent à l'état normal.

A l'examen de la région précordiale, on constate dans la forme gauche une impulsion visible du cœur à 2 pouces au-dessus et à gauche du cartilage xiphoïde ; souvent cette impulsion est exagérée et occupe une grande étendue ; dans la forme droite, l'im-

pulsion n'est pas visible à l'œil, n'est souvent pas même appréciable à la main, excepté à la région épigastrique.

La percussion du thorax montre également des différences bien marquées. Dans la forme congestive, le thorax est partout plus sonore qu'à l'état normal, et la matité ordinaire qui existe au voisinage du 5e cartilage costal gauche a souvent disparu. Dans la forme gauche, la sonorité des poumons est naturelle, et la matité précordiale normale, sinon même augmentée. A l'auscultation, on trouve dans la première forme le murmure respiratoire extrêmement affaibli dans diverses portions du poumon, et remplacé par un petit craquement sec, par une crépitation humide, ou par les deux à la fois, avec un peu de sibilance ou même de ronflement ; dans la seconde forme, rien dans la respiration, sauf qu'elle peut être plus ou moins pénible.

Les signes physiques qu'on peut noter du côté du cœur sont aussi caractéristiques. Il peut arriver, en explorant les poumons, que, en faisant faire au malade une série de longues inspirations, les mouvements du cœur deviennent de plus en plus violents, quelquefois tumultueux et accompagnés de violentes secousses. Je ne suis pas éloigné de penser que ces symptômes dépendent de la présence d'adhérences du péricarde avec le cœur et avec les parties extérieures ; en tout cas, elles sont de beaucoup plus fréquentes dans les maladies du cœur gauche que dans celles du cœur droit. Au reste, dans le cas de maladie organique, si les lésions ont pour siége l'orifice auriculo-ventriculaire gauche ou sa valvule, on trouvera, dès les premiers instants du travail inflammatoire, ou dans le cas d'une altération de tissu résultant d'une perversion de la nutrition, comme chez les personnes âgées par exemple, à partir de la déposition des matériaux osseux ou autres, un bruit anormal, soufflant ou râpeux, absorbant à peu près complétement le premier bruit du cœur, et se passant surtout dans un espace limité en haut par le bord supérieur de la quatrième côte gauche, en bas par le sixième intercostal, en dedans par une ligne un peu plus rapprochée du mamelon que le cartilage costal, et en dehors par une autre ligne s'étendant du bord pectoral de l'aisselle jusqu'à la pointe du cœur inférieurement ; tandis que, dans le cas de lésion de l'orifice aortique, c'est un bruit de souffle plus ou moins râpeux, occupant le premier bruit du cœur, et se percevant avec plus d'intensité sur le trajet d'une courbe qui, partant de l'extrémité sternale du troisième espace inter costal gauche, se porte directement à droite en passant sous le sternum, et ensuite en haut jusqu'au bord supérieur du second cartilage costal droit, sur le trajet de l'artère

innominée, au-dessous de la clavicule droite, dans les carotides, et souvent aussi dans les sous-clavières, et dans l'aorte descendante jusque dans l'abdomen.

Dans les cas de simple engorgement ou de simple dilatation du cœur ou de ses orifices, il n'y a jamais, à aucune époque, de bruit anormal appéciable. La seule altération des bruits porte sur le second bruit ou bruit diastolique du cœur : les deux bruits sont clairs, beaucoup plus clairs que d'habitude ; mais le premier bruit est toujours plus ou moins raccourci, et le second allongé proportionnellement. De sorte que la relation naturelle de la systole à la diastole, qui est de 2 à 1 en durée, se trouve entièrement intervertie, et que la diastole, qui est le quart d'une rotation complète du cœur dans l'état habituel, se trouve égale à la moitié de cette révolution. De même, le siége maximum de cette altération du second bruit n'est plus dans le voisinage de l'orifice mitral ou des gros troncs artériels, mais bien sur le trajet de l'artère pulmonaire et du ventricule droit, c'est-à-dire à partir du cartilage de la seconde côte gauche, en se dirigeant obliquement jusqu'au niveau de l'articulation synchondro-sternale de la quatrième côte droite, et de ce point directement derrière le reste de la portion inférieure du sternum. Dans ces derniers cas, on trouve en outre fort souvent les bruits du cœur très appréciables sous l'omoplate du côté droit.

La nature et la gravité des affections sympathiques ou symptomatiques qui portent sur les autres organes diffère sensiblement dans ces deux classes de maladies chroniques du cœur à leur première période. Nous avons déjà parlé de l'état de la respiration et de celui du système veineux ; nous ajouterons seulement que, avec ce trouble marqué de la respiration, les symptômes pyrexiques, tels que la fréquence du pouls, la soif, la chaleur à la peau, etc., et la céphalalgie chronique, les vertiges, l'amaurose, les sueurs profuses de la tête et du cou, l'engorgement du foie, de la rate et des reins, avec torpeur fonctionnelle des organes digestifs, l'anasarque et l'ascite, l'albuminurie, les hémorrhoïdes, et chez les femmes la leucorrhée, sont des symptômes beaucoup plus fréquents et beaucoup plus tranchés dans les premières périodes de la congestion chronique du côté droit du cœur que dans les cas de lésion inflammatoire du côté gauche du cœur à la même période ; tandis que, dans ces dernières, les douleurs de tête, la barre à la région épigastrique, les troubles sympathiques des différentes portions du système nerveux, tels que la douleur ou l'engourdissement dans le côté gauche du cou, dans l'épaule ou dans le bras correspondant à l'hypogastre, à l'ombilic, ou

dans le dos même, comme je l'ai vu plusieurs fois, dans les talons, sont, au contraire, assez remarquables.

Une autre distinction importante entre ces deux affections se trouve dans les effets, tout contraires que produit sur les sujets qui en sont affectés la résidence dans un pays tropical. Sous l'influence d'un climat chaud, la marche de la forme congestive des maladies du cœur éprouve un temps d'arrêt ; dans les affections du cœur gauche, ce changement de climat aggrave les accidents. Il y a encore une diversité très grande entre ces deux formes d'affection du cœur, relativement à l'influence qu'exerce chacune d'elles sur la marche de certaines autres maladies : ainsi j'ai cru remarquer que les sujets qui présentent une légère maladie du cœur gauche soutiennent assez bien la dépression occasionnée par le *typhus fever*, peut-être même mieux que si leur cœur était parfaitement sain ; que les stimulants leur sont moins nécessaires ; qu'ils les supportent moins bien que d'autres malades ; tandis que les sujets atteints de la forme congestive succombent le plus souvent quand ils sont pris par le typhus, et ont toujours besoin d'une plus haute dose de stimulants.

B. *Dans la période avancée.*

12° Relativement aux symptômes, la circonstance essentielle de la pathologie du cœur gauche, à sa période avancée, consiste en ce que l'imperfection valvulaire, qu'elle dépende d'un défaut de correspondance entre les dimensions des valvules et l'orifice dilaté, ou d'un froncement de ces mêmes valvules, qu'elle ait pour siége l'aorte ou l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, est toujours portée jusqu'au point de permettre le reflux du sang pendant la diastole du cœur. De là la dilatation successive du ventricule gauche, de l'oreillette correspondante, des veines pulmonaires, la gêne de la circulation dans le poumon, la distension consécutive du côté droit du cœur, des veines adjacentes, du foie, quelquefois de la rate, et même des reins, et des veines utérines et hémorrhoïdales. Dans la forme congestive ou droite, l'élément principal qui constitue la période avancée de la maladie est la pression exercée par l'oreillette et le ventricule droit, et l'artère pulmonaire gorgée de sang, ou par l'un d'eux seulement, sur l'aorte ascendante ; pression qui rétrécit le calibre de cette artère, s'oppose à la sortie du sang hors du cœur, produit la dilatation et l'affaiblissement du ventricule gauche, l'élargissement de l'orifice mitral, de l'oreillette gauche et des veines pulmonaires, et par suite un état de surcharge de l'artère pulmonaire,

du cœur droit et du système veineux, par le sang qui s'accumule dans leur intérieur, à chaque nouvelle contraction du ventricule gauche.

Comme conséquence de ces divers changements, il faut signaler l'établissement d'un double bruit anormal, et quelquefois d'un bruit anormal continu, remplaçant les bruits systoliques et diastoliques normaux du cœur. Cela s'observe également dans les deux formes : dans la forme organique ou gauche, le bruit systolique anormal et le second bruit normal, le premier dépendant ou bien du passage du sang à l'orifice aortique malade, ou bien de sa rentrée dans l'oreillette pendant la systole, ou de ces deux causes à la fois, sont remplacés tantôt par un bruit systolique et diastolique altéré, tantôt par un seul bruit anormal, continu, allongé, généralement fort et rude. Dans la forme congestive ou droite, les bruits normaux, comparativement faibles, claquants et éclatants, accompagnés d'une prolongation du second bruit, sont remplacés par un bruit anormal, systolique et diastolique, existant tantôt séparément, tantôt, dans les cas plus graves, formant une espèce de bruit continu, se percevant principalement aux orifices aortique et mitral dans les cas extrêmes, occupant toute la région précordiale.

Dans les deux formes, les malades présentent, à cette époque, une altération profonde de la santé : une sensation d'épuisement, de défaillance, un air de souffrance, l'impossibilité de rester couchés, des accès fréquents de dyspnée, une respiration fréquente, de la toux, une distension douloureuse de l'épigastre, des accumulations gazeuses, des palpitations de cœur, des réveils en sursaut, de l'anasarque, quelquefois de l'ascite, de la matité à la percussion du cœur, des bruits intenses à l'auscultation ; de sorte qu'à un examen superficiel, il serait souvent assez difficile de dire à quelle forme de maladie du cœur on a plus particulièrement affaire.

13° En tenant compte de diverses circonstances, on peut cependant arriver à un diagnostic assez précis.

a. On remarquera que les sujets atteints de la première forme, forme congestive, ont eu déjà des attaques plus ou moins violentes, plus ou moins continuées ou réitérées de bronchite; tandis que les sujets atteints de la seconde forme, forme organique, ont eu autrefois des rhumatismes, sous une forme quelconque, tantôt sous la forme la plus grave, tantôt et plus rarement limités aux épaules et au tronc seulement. D'un autre côté, dans cette dernière forme, ce sont, pour la plupart, des individus doués d'une santé forte et vigoureuse, qui ont été subitement

pris de symptômes alarmants de congestion pulmonaire, l'endocardite dont ils ont été atteints s'étant montrée sous une forme latente quelques années auparavant, et ayant été prise pour une indisposition, pendant que ses suites se sont développées lentement, sans que le malade s'en soit aperçu. D'autres fois ce sont des femmes récemment accouchées, qui sont tombées malades pendant l'allaitement, c'est-à-dire à une époque où l'état du sang semble prédisposé au développement de l'endocardite (cette inflammation est rarement reconnue, dans ces cas, avant la formation d'altérations de texture), ou bien qui ont été affectées auparavant d'une albuminurie primitive, aiguë, dont les reins ne se sont pas rétablis. D'autres fois, enfin, ce sont des personnes âgées, chez lesquelles des dépôts de matière albumineuse, phosphatique ou osseuse, se sont faits dans le cœur, sans aucun rhumatisme antérieur, sans aucune cause appréciable qui ait pu déterminer l'endocardite.

b. L'aspect extérieur des malades, bien que se rapprochant à beaucoup d'égards, diffère cependant par quelques points bien tranchés, dans ces deux formes de maladies du cœur. Ainsi : 1° les sujets affectés de lésions inflammatoires ou autres du cœur gauche ont quelquefois le teint pâle, la sclérotique d'un blanc de perle; d'autres fois une rougeur pourpre couvre les pommettes, et tranche sur la coloration du reste de la face, qui est d'un blanc pâle ou d'un blanc sale, à l'exception toutefois des lèvres et quelquefois du nez, qui sont légèrement violets ou rosés. Dans la forme congestive, toute la face, les oreilles, la langue, et souvent la face interne de la bouche, les lèvres, offrent une teinte livide. Le gonflement et la coloration violacée de la langue, la plénitude des veines ranines, la distension et l'aspect tortueux des veines superficielles des membres, sont des phénomènes qu'on observe seulement dans cette forme ; tandis que, dans la forme gauche, les artères (les radiales par exemple) sont souvent distendues et tortueuses. 2° Dans les deux formes, les malades occupent toujours une position plus ou moins relevée dans leur lit ; mais, dans la forme congestive, l'oppression thoracique est bien autrement prononcée : le malade laisse pendre ses membres inférieurs en dehors du lit, ou, s'il est couché, il se penche en avant. L'état de surcharge du système vasculaire du poumon n'est pas non plus également marqué dans ces deux formes des maladies du cœur : l'hypérémie pulmonaire appartient essentiellement à toutes les périodes de la forme congestive, tandis qu'elle n'est qu'un accident concomitant, et encore à sa période la plus avancée, chez l'autre. 3° Dans les deux formes, lorsque les symp-

tômes sont à leur plus haut degré d'intensité, les malades ne peuvent se coucher sur le côté gauche de la poitrine. Mais, tandis que, dans la forme organique, cette impossibilité persiste, alors même que les autres symptômes s'amendent notablement, dans la forme congestive, on la voit disparaître au fur et mesure que la congestion diminue. 4° Dans la forme gauche, on voit de temps en temps le malade porter brusquement la tête en arrière, et faire une profonde inspiration qui a le caractère sifflant. Dans la forme congestive, la respiration, dans les cas extrêmes, est expiratoire et comme convulsive; les battements du cœur retentissent jusque dans la tête, et communiquent assez souvent un ébranlement à tout le corps. 5° De même, dans la forme congestive, l'anasarque et l'ascite sont portées infiniment loin : les mains, les pieds, les ongles, sont livides; tandis que, dans la forme gauche, l'œdème est limité presque entièrement aux jambes et aux avant-bras, et que la peau est souvent pâle et anémiée, quoique les ongles soient un peu violets.

c. En examinant la région précordiale, on la trouve généralement plus étendue qu'à l'état normal, dans la forme gauche ou inflammatoire, avec une impulsion irrégulière, vibratoire, comme vermiculaire quelquefois, dans les espaces intercostaux, et une sensation de frémissement ou de vibration perceptible à la main. Rien de pareil dans la forme congestive droite. Matité à la percussion de la région précordiale dans les deux formes, remontant, dans la forme gauche, jusqu'au niveau de la quatrième côte, et s'étendant principalement en dehors et à gauche ; située principalement derrière le sternum dans la forme droite ; persistante, progressive même, dans la première ; diminuant au contraire d'étendue dans la seconde, au fur et mesure de l'amélioration ; de plus, dans la forme congestive, la percussion du thorax donne un son clair, emphysémateux, dans toute l'étendue du poumon ; dans la forme gauche, ce son est limité à la partie supérieure ; dans la forme congestive cependant, on observe quelquefois de la matité dans les parties inférieures, par suite de la production de l'œdème pulmonaire, circonstance plus rare dans la forme gauche.

Dans cette dernière, la bronchite, qui peut exister quelquefois, est toujours secondaire aux palpitations et à la dyspnée; mais c'est seulement un accident de la maladie, le résultat de l'exposition au froid ou à l'humidité. Cette bronchite est ordinairement limitée aux grosses bronches. Dans la forme congestive, la bronchite est primitive, essentielle, souvent étendue aux petites bronches ; de sorte que les râles existent dans toute

la poitrine, très abondants et très superficiels, et qu'il est très facile d'en reconnaître la présence, même avec la main appliquée sur la poitrine. De même dans cette dernière forme, la dyspnée existe indépendamment de tout exercice physique; elle précède quelquefois l'anasarque de plusieurs années, tandis que dans la forme gauche, il y a souvent peu de dyspnée, excepté à l'occasion de quelque effort musculaire, et que lorsque ce symptôme devient permanent, il est presque immédiatement compliqué d'anasarque. Dans la forme gauche, les palpitations, la dyspnée et l'hydropisie, sont généralement provoquées par les fatigues du malade, et lorsque les accidents ne sont pas encore très graves, on les voit souvent disparaître par le repos seulement, chose qui n'arrive pas dans l'autre forme des maladies du cœur.

L'auscultation fournit des résultats très analogues dans ces deux formes; mais, dans la congestive, les bruits sont plus mous et plus faibles que dans l'organique, et à mesure que l'état du malade s'améliore, les phénomènes anormaux s'affaiblissent, disparaissent même complétement, tandis que dans la forme gauche ou organique, ils ne disparaissent jamais, à moins que la puissance vitale ne s'affaiblisse, ou que l'obstruction devienne excessive. De même, dans la forme congestive, le cœur étant recouvert de tous côtés par un poumon emphysémateux et mauvais conducteur du son, et les poumons produisant des râles très nombreux et très bruyants, il arrive souvent que l'on a grand'peine à saisir les altérations des bruits cardiaques à la région précordiale, et que pour reconnaître leur véritable caractère, il faut placer le stéthoscope sur les carotides, au niveau desquelles les bruits aortiques se perçoivent d'une manière très distincte, tandis que dans la forme gauche, l'exploration des bruits du cœur ne présente pas cette difficulté.

d. Le système veineux est dilaté dans les deux formes; mais, dans la forme droite, il y a souvent un pouls veineux jugulaire et même brachio-céphalique, résultant du reflux de l'ondée sanguine, chassée par le ventricule droit, à travers l'orifice tricuspide largement béant. Rien de pareil dans la forme gauche-type. Dans cette dernière, au moins lorsque les valvules aortiques sont malades, rien de plus commun que de voir, au moins tant que le cœur conserve sa vigueur, les artères carotide, brachiale, et autres artères superficielles, battre violemment, au moment de chaque diastole du cœur. De plus, ces artères sont animées d'un mouvement brusque et subit; elles paraissent pleines et résistantes sous le doigt, circonstance que l'on n'observe jamais dans

l'autre forme, dans laquelle le système artériel est généralement vide et affaissé.

La fréquence extrême du pouls dans la forme gauche et organique est encore un trait important de l'histoire de cette forme. Il est rare, dans la forme congestive, de voir le nombre des pulsations s'élever à plus de 120, tandis que dans la forme gauche, on les trouve souvent à 140, 160 par minute; dans la forme congestive même, on trouve fréquemment une différence de 40 ou 50 battements entre l'impulsion du cœur et les pulsations de l'artère radiale. Dans ces deux formes de maladies du cœur, le pouls présente souvent un caractère de sécheresse et de brusquerie, qui, dans les deux cas, tient à l'augmentation d'action du ventricule gauche; mais, dans les maladies de l'aorte, le pouls est en même temps tendu, semblable à un fil d'archal; dans les maladies du cœur droit, il est mou et dépressible.

e. Relativement aux symptômes que l'on observe dans chacune de ces formes des maladies du cœur, les accès de dyspnée et d'orthopnée, les vomissements bilieux, les superpurgations, les transpirations abondantes, la diurèse, l'albuminurie secondaire, la gangrène des parties génitales ou des extrémités, surviennent bien plutôt et à un degré bien plus prononcé dans la forme congestive que dans la forme organique. L'induration pulmonaire, résultant de l'infiltration sanguine, et l'hémoptysie, qui compliquent souvent ces deux formes, se montrent plus facilement (j'ai cru du moins le remarquer) dans le poumon qui correspond au siége principal de la région cardiaque; j'ai vu dans deux cas, chez des femmes récemment accouchées et affectées d'une maladie mitro-aortique, une gangrène de la mamelle gauche. L'ictère m'a paru aussi un indice précurseur, d'une terminaison prochainement funeste, dans la forme gauche, tandis qu'il est très rare dans la forme droite. Même remarque pour les pétéchies paraissant sur les extrémités.

f. Les altérations nécroscopiques diffèrent dans ces deux formes : dans la première, la droite, on trouve des mucosités s'échappant en abondance de la bouche et des narines; le tissu aréolaire gorgé partout de sérosité ; le thorax offrant une matité étendue, par suite de l'œdème pulmonaire et des épanchements dans la plèvre et dans le péricarde. Les poumons sont encore crépitants, avec des bulles emphysémateuses à leur surface ; leur tissu cellulaire sous-séreux est condensé, et l'on trouve sur les parois de la plèvre quelques couches fibrineuses ; la muqueuse bronchique est violacée ; sous elle se dessinent des fibres longitudinales très apparentes. Le cœur, surtout dans ses cavités

droites, est énormément distendu ; sa circonférence est rarement au-dessous de 12 pouces, au lieu de 8 ou 9, chiffre de l'état normal, et son long diamètre de 7 pouces, au lieu de 4 ; son poids, indépendamment des caillots qu'il contient, est quelquefois de 20 onces et plus, au lieu de 8, chiffre normal ; néanmoins ce poids n'est pas proportionné à ce volume ; le tissu est d'une couleur foncée, noirâtre et très friable ; ses parois sont très amincies, au moins celles des cavités droites ; ces dernières paraissent communiquer librement entre elles, par suite de dilatation de l'orifice tricuspide ; les valvules sont souvent parfaitement saines, et à l'exception de l'aorte, qui a perdu souvent la moitié de son diamètre, tous les autres orifices sont considérablement dilatés. Un autre trait également remarquable de cette forme de maladie, c'est la pression exercée par le cœur droit, et en particulier par l'artère pulmonaire, sur l'orifice aortique. Les viscères abdominaux, le foie, la rate, les reins, présentent une diminution dans leur volume, une induration, et un changement dans leur texture, en rapport avec la durée antérieure de la maladie.

Dans la forme gauche ou organique, les principales particularités sont les dimensions considérables du cœur gauche, son augmentation de densité et d'épaisseur, l'augmentation de poids de tout l'organe (de 20 à 30 onces), les valvules converties en du cartilage ou ossifiées. Dans quelques cas cependant, on trouve le cœur gauche ramolli et flasque ; mais c'est qu'alors il y a rétrécissement considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche ; d'autres fois, c'est l'aorte qui présente des altérations diverses, ainsi que ses principales divisions. Les épanchements pleurétiques ne sont pas aussi abondants que dans la forme précédente, mais ils sont plus souvent teints de sang ; les poumons, surtout le poumon gauche, sont refoulés, et le siége d'une hyperémie intense et récente ; il n'est pas rare de trouver, avec un poumon gauche refoulé, le poumon droit emphysémateux et largement développé ; les abcès interlobulaires, et la péricardite dans ses diverses formes, sont aussi assez fréquents. Les organes viscéraux, au lieu d'être indurés et diminués de volume, sont en général hypertrophiés et ramollis ; le foie, la rate, les reins, n'ont pas dépassé, en général, le premier degré de la dégénérescence granuleuse.

g. Plusieurs particularités relatives aux causes et au traitement de ces deux formes de maladies du cœur peuvent encore servir à établir la distinction entre elles. Ainsi : 1° dans la forme gauche sans complication, le développement de symptômes

graves paraît tenir le plus souvent à quelque cause qui a agi sur la vitalité du cœur, des efforts musculaires violents et prolongés, des causes morales dépressives; dans la forme droite, le point de départ est ordinairement dans une affection catarrhale ou bronchique, survenue à la suite d'une exposition au froid et à l'humidité. 2° De même chez ces derniers malades, les symptômes débutent par un état fébrile, qui excite l'accroissement de l'action du cœur ; chez les premiers, c'est par un état d'épuisement qui oblige le cœur à redoubler d'efforts pour entretenir la circulation. 3° Dans les cas négligés de la forme droite, la réunion de la dyspnée, de la lividité, de l'hydropisie, de la faiblesse et de la mollesse du pouls, etc., porte d'abord à croire qu'on est en présence d'un état de faiblesse avec congestion, circonstance qui a conduit tant de praticiens à prescrire des cordiaux, des stimulants, des excitants de toute espèce, le plus souvent sans succès; tandis que, dans la forme gauche, l'augmentation de volume du cœur, la difficulté qu'il éprouve à remplir ses fonctions, le refoulement des poumons, le développement du foie, les battements dans la poitrine et sur le trajet des artères, les battements saccadés du pouls, ont conduit le plus souvent les médecins à faire usage des émissions sanguines, presque toujours sans avantage, sinon avec des résultats fâcheux. 4° Bien que les émissions sanguines puissent trouver leur indication spéciale dans chacune de ces deux formes, on peut dire, en général, que la forme droite supporte mieux les émissions sanguines, et en particulier les émissions sanguines locales, que la forme gauche, et que les cordiaux trouvent surtout leur place, lorsqu'elle est arrivée à sa dernière période. 5° Les altérations dans la structure et dans la capacité du cœur et de l'aorte se liant à des changements de texture, étant par conséquent plus complètes et plus permanentes dans la forme gauche que dans la forme droite, les cavités s'accomodent moins facilement à des changements subits dans la quantité de leur contenu, et par conséquent les pertes de sang sont beaucoup moins bien supportées. 6° Dans la forme droite, il y a souvent une bronchite assez intense pour arrêter les sécrétions générales, et jusqu'à sa disparition, les diurétiques ne peuvent avoir nul effet. Dans la forme gauche simple, les diurétiques agissent, au contraire, d'emblée. 7° Les vomitifs et les bains tièdes rendent souvent de grands services dans la forme droite. Ces mêmes moyens sont au contraire très chanceux dans la forme gauche.

14° Le traitement de la forme congestive dans sa première période, repose sur les trois indications qui suivent : 1° faire

disparaître l'inflammation bronchique ou la congestion des capillaires du poumon ; 2° rendre la tonicité à la muqueuse bronchique et aux cellules pulmonaires affaissées ; 3° améliorer la santé générale. Pour remplir la première indication, M. Ritchie conseille les moyens suivants : les émissions sanguines, les vomitifs, les mercuriaux et les dérivatifs. Les émissions sanguines générales conviennent rarement; mais il n'en est pas de même des émissions sanguines locales, et particulièrement des ventouses entre les épaules et à la région épigastrique. Le tartre stibié rend, au contraire, les plus grands services, lorsqu'on l'associe au calomel et à l'opium, surtout s'il y a un état fébrile; l'auteur le continue même quelquefois assez longtemps à dose altérante. Les mercuriaux, les pilules bleues, et plus tard le calomel, poussés jusqu'à une mercurialisation légère, amènent aussi une modification favorable dans l'état des malades. Parmi les dérivatifs, on a le choix, suivant les cas, entre ceux qui agissent sur la muqueuse bronchique et favorisent l'expectoration, ceux qui excitent les sécrétions du foie, ou qui agissent sur la circulation de la veine-porte, ceux qui stimulent les reins, et ceux qui congestionnent les parois thoraciques ou les membres inférieurs, suivant que telle ou telle fonction paraît plus particulièrement troublée. La rareté de l'expectoration réclame plutôt les antiphlogistiques, les purgatifs et les altérants ; les mucosités accumulées dans les bronches, les vomitifs ou les évacuants ; les sinapismes seront indiqués dans les cas légers, les vésicatoires dans les cas plus graves. Pour la deuxième indication, M. Ritchie conseille les vomitifs de temps en temps, le changement d'air et l'habitation dans un pays sec et à température égale, l'inspiration de substances excitantes, telles que les vapeurs de goudron, les cigarettes au nitrate de potasse, enfin les lotions fraîches et même froides faites sur la poitrine pendant un temps très court, et suivies de frictions sèches. Enfin, pour remplir la dernière indication, mêmes préceptes que dans la convalescence de toutes les maladies.

A une période avancée, le traitement de la forme congestive repose sur les quatre indications suivantes : 1° diminuer la congestion splanchnique ; 2° augmenter ou soutenir au moins la vitalité ou la contractilité du cœur; 3° prévenir la reproduction des irrégularités de distribution du sang. Relativement à la première indication, les moyens de la remplir varient suivant le degré et le siége de la congestion veineuse. Avant d'y recourir, il faut toutefois, dans le cas où il y a refroidissement et congestion veineuse excessive, chercher à ramener la chaleur avec

des bains de moutarde généraux ou partiels, et entretenir une chaleur continuelle autour du malade avec des corps chauds. Cela fait, les purgatifs, le calomel suivi de la potion noire, et même la térébenthine à dose purgative, sont les meilleurs moyens de diminuer la congestion de la veine-porte. Il convient encore de retirer 3 ou 4 onces de sang avec les ventouses scarifiées, appliquées sur la région du foie, au moins si l'état de faiblesse du malade ne le contre-indique pas absolument. Dans le cas où il n'existe pas de congestion rénale très prononcée, les diurétiques peuvent être utiles ; mais, en revanche, si cette congestion existe, on voit les urines devenir de plus en plus rares, et dans ces cas exceptionnels, où il y a diurèse, celle-ci se suspend presque immédiatement. Parmi les diurétiques, la digitale ne saurait être employée avec quelques chances de succès ; c'est la scille que l'auteur préfère, et qu'il combine avec les mercuriaux. Relativement à la seconde indication, M. Ritchie pense que les stimulants diffusibles ne sauraient être employés d'emblée dans cette forme, à moins d'un état de faiblesse extrême, pouvant faire soupçonner un ramollissement du cœur, et qu'on se trouve toujours bien d'en faire précéder l'emploi par les moyens précédents ; il indique également les vésicatoires ou les sinapismes sur la région du cœur, et conseille même de recourir à la strychnine ou à la noix vomique, données à doses très faibles. D'un autre côté, les malades doivent être mis à une alimentation sèche et suffisamment nutritive ; des lotions stimulantes, fraîches en été, doivent être faites sur tout le corps ; la liberté de l'intestin doit être entretenue avec un mélange de substances salines, diurétiques et diaphorétiques ; enfin les malades devront prendre tous les jours un peu d'exercice en plein air. Quant à la troisième indication, éviter avec soin l'exposition au froid ou l'humidité ; protéger la peau avec de la flanelle, etc. ; faire usage des toniques, et en particulier des ferrugineux et de la quinine ; enfin employer successivement, suivant les cas, les bains entiers, les bains de siége, et les bains de pieds, les diurétiques, l'ipécacuanha, les vomitifs, un exercice bien dirigé, etc. Voilà les moyens de remplir convenablement cette indication.

15° Les conditions variées dans lesquelles se développe la forme gauche ou organique des maladies du cœur impriment à cette forme des aspects très divers, sans parler même des complications; cependant on peut ramener les éléments très nombreux de cette affection à deux groupes principaux : le premier, dans lequel, la période latente ayant été assez courte, le cœur n'a augmenté de volume que dans des proportions modérées, le sang

n'est pas notablement altéré, et la santé générale reste assez bonne ; le deuxième, dans lequel les conditions sont inverses.

16° Le traitement varie suivant que l'on a à combattre la maladie : *A*. dans la période de repos ou latente ; *B*. dans la période d'état; *C*. dans la période de convalescence, à la suite des exacerbations.

17° *A*. La forme gauche de maladies du cœur peut rester quelquefois latente pendant 15, 20 ans et plus. Si l'individu est placé dans des conditions favorables et si l'on a affaire à une maladie de l'aorte ou de son orifice, le séjour dans un climat doux et égal, l'absence de fatigues et de marches forcées, une alimentation riche, nutritive, sans être stimulante, en rapport avec les pertes de l'individu ; l'entretien normal des sécrétions intestinales, urinaires et cutanées : voilà les principaux moyens de retenir la maladie à cette période. Si elle a pour point de départ un rhumatisme articulaire aigu, il faut s'efforcer de prévenir le retour de cette affection, en faisant prendre de temps en temps au malade du colchique et des alcalins ; de même, dans le cas d'albuminurie, il faut persévérer dans l'emploi des hydragogues et des bains tièdes, en y ajoutant de temps en temps les ferrugineux.

18° *B*. Dans la période d'état, on peut se trouver en présence de trois variétés symptomatiques principales : la première, caractérisée par la stagnation du sang dans le cœur droit et dans le système veineux, accompagnée d'une congestion pulmonaire, hépatique et rénale, d'inflammations subaiguës, d'hydropisie, et peut-être d'hémorrhagie pulmonnaire ; la deuxième, constituée par quelques-unes des conditions pathologiques précédentes, avec une congestion cérébrale ou un épanchement séreux ou sanguin dans le cerveau se traduisant par une apoplexie ou une paralysie ; la troisième, qui peut être le résultat immédiat d'une attaque récente d'aortte ou de toute autre inflammation aiguë du cœur, du péricarde ou des poumons, avec ou sans hémoptysie, ou seulement un exemple de la première variété compliquée d'une de ces inflammations. Quelle que soit d'ailleurs la variété à laquelle on a affaire, il faut avant tout tenir compte des conditions générales dans lesquelles l'individu se trouve placé, et de la marche qu'a suivie l'affection du cœur (voir § 15).

Dans la première variété, si la période latente a été longue, les émissions sanguines sont en général mal supportées. Si l'on trouve un grand tumulte à la région du cœur, de violents battements dans les artères, les émissions sanguines mêmes locales doivent être interdites. Cette interdiction est plus absolue encore

lorsque les bruits du cœur paraissent faibles, lorsqu'il n'y a pas coïncidence parfaite entre le nombre des battements du cœur et les pulsations artérielles à la radiale. Si les sujets sont plus forts et s'il y a congestion évidente vers les reins ou le poumon, on se trouve bien, au contraire, d'une émission sanguine locale, et on peut aller jusqu'à une saignée s'il y a de l'hémoptysie. Partout ailleurs il faut s'en tenir aux purgatifs et aux diurétiques, ainsi qu'aux vésicatoires. On combat, d'après les mêmes principes, la congestion du foie et de la rate ; l'auteur ajoute cependant que chez les sujets affaiblis il faut surveiller avec soin les effets des diurétiques et des purgatifs, parce qu'ils peuvent être le point de départ d'une syncope mortelle. Quant aux diurétiques à mettre en usage dans ces cas, l'auteur conseille surtout la scille et le nitrate de potasse, plus rarement la digitale et la teinture de cantharides. Des frictions constantes sur la peau, quelques diaphorétiques à l'intérieur, et le repos le plus absolu, complètent le traitement. Il est rare qu'il faille administrer des toniques ; les antispasmodiques sont souvent au contraire avantageux. L'alimentation doit être légère et suffisamment nutritive.

Dans la deuxième variété, l'auteur n'est pas partisan non plus des émissions sanguines : le rétablissement des évacuations intestinales, rénales et cutanées, voici, dit-il, le meilleur moyen de faire cesser les complications cérébrales.

Dans la troisième variété, celle qui est compliquée d'inflammation, le traitement diffère suivant que l'inflammation a pour siége le cœur ou un autre organe, suivant aussi que le malade est encore vigoureux ou dans un état cachectique. Règle générale, plus l'inflammation est caractérisée et plus il y a de chances pour qu'un traitement actif soit bien supporté. Il ne faudrait pas cependant abuser des émissions sanguines, les faisant même petites ; on les seconde beaucoup en les faisant suivre de l'administration du calomel et du tartre stibié à doses réfractées. La suppression ou la diminution de la sécrétion urinaire et des autres sécrétions est un des meilleurs signes, avec l'insuffisance des diurétiques, pour indiquer le développement d'une inflammation intercurrente ; dans ces derniers cas, le calomel et l'opium, joints aux révulsifs, sont très utiles.

19° *C.* Lorsqu'on a été assez heureux pour calmer les accidents qui constituent la période précédente, il faut surveiller encore la convalescence, parce qu'une rechûte est toujours imminente, et cela sous l'influence du moindre écart hygiénique. C'est ici que se place l'usage d'une alimentation généreuse, en ayant soin toutefois de faire usage habituellement de quelque laxatif et

diurétique léger, ou bien en administrant toutes les semaines un purgatif hydragogue. Entretenir la liberté de l'excrétion cutanée avec des lotions tièdes salines, et l'usage de la flanelle, le séjour à la campagne, l'habitation au rez-de-chaussée, dans une maison bien aérée et exposée aux rayons du soleil, et dans certains cas, l'emploi de quelques toniques : telles sont les bases du traitement, qui se rapproche beaucoup de celui qui a été institué dans la période latente de la maladie.

---

2. *De la génération de l'eau dans le diabète*; par le professeur F. Nasse, de Bonn.

(Archives générales de Médecine, octobre 1851.)

C'est une opinion fondée sur de nombreuses observations, que les diabétiques excrètent plus d'eau qu'ils n'en prennent dans leurs boissons et dans leurs aliments. Aux faits déjà connus depuis longtemps, de nouveaux faits sont encore venus s'ajouter. Le plus récent et un des plus exactement observés est celui que nous devons à Ormerod, d'Édimbourg. D'après le journal tenu par ce médecin, le malade prit en 28 jours 3,500 onces de boissons et 950 onces de liquides dans les aliments, en tout 4,250 onces ; tandis qu'il évacua 5,130 onces d'urine.

Les trois sources d'où peut provenir cet excès de liquide ont été indiquées par les auteurs qui se sont occupés de la solution du problème. Ou les solides subissent une sorte de liquéfaction, ou il se fait une imbibition et une absorption par la peau, ou enfin l'eau se forme dans les organes par la combinaison de l'oxygène et de l'hydrogène. La première hypothèse, qui remonte à Arétée, a été reprise par Home : la seconde est celle de Reil et de plusieurs autres, la troisième appartient à Ruthetford.

1° Si le diabétique extrayait des parties constituantes de l'organisme l'eau qu'il excrète au delà de la quantité absorbée, il faudrait que le poids de son corps diminuât proportionnellement à la déperdition qui aurait lieu. Jusqu'à présent, excepté dans un cas où le malade recevait une nourriture substantielle composée de lard et d'œufs, j'ai toujours constaté une diminution de poids; mais je dois ajouter que l'amoindrissement est lent et graduel, bien que les évacuations diabétiques durent depuis des mois entiers. Il existe des observations dans lesquelles, malgré la persistance de la maladie, on nota une légère augmentation de la pesanteur. Ainsi Bardsley rapporte que, dans trois cas de diabète, bien que l'urine dépassât en quantité les aliments et les

boissons, le poids du malade s'accrut, au bout de quelque temps, de plusieurs livres (*several pounds*). En consultant le journal d'Ormerod, on voit qu'après les vingt-huit jours pendant lesquels il avait rejeté un excèdant d'eau de 880 onces, le malade pesait cependant une once et demie de plus.

2° La sécheresse habituelle de la peau des diabétiques n'exclut pas la possibilité d'une absorption de l'eau par la surface cutanée; on pourrait dire même que, si leur peau atteint ce degré de sécheresse, c'est que les liquides avec lesquels elle est en contact sont absorbés et entraînés par les tissus sous-jacents. L'épiderme peut rester sec, quoiqu'il ait une disposition très marquée à absorber l'humidité. C'est ce que nous avons vu dans un cas de psoriasis guttata étendu : les écailles épidermiques, recueillies pour être soumises à une analyse chimique, étaient parfaitement sèches, au moment où elles venaient de se détacher ; mais bientôt après, elle devinrent humides par la simple exposition à l'air, n'étant plus en rapport avec un tissu capable de soustraire l'humidité. Peut-être la surface interne des bronches est-elle également apte à absorber les liquides. Les recherches de Mayer et les résultats de ses injections le donneraient à croire ; Reil, M. Gregor, Willis, etc., regardent cette hypothèse comme assez vraisemblable.

Si la peau des diabétiques possède une semblable propriété, l'absorption ne peut manquer d'avoir lieu dans le bain, à moins d'admettre, ce qui est difficile à croire, qu'elle soit plus facile dans l'air que dans l'eau. Les observations de Currie, celles de Gérard, qui soumit un malade à une série de bains d'une température de 110 à 116° F., et d'une durée de dix à quinze minutes, sont d'accord avec mes propres expériences, qui ont donné les résultats suivants, après des bains d'une demi-heure dans une eau chauffée à 35° c.

Un diabétique encore jeune pesait, avant le bain, enveloppé dans un manteau, 121 livres 8 *loth* ; après le bain 121,7 1/2, lors d'un second essai, avant le bain, 119,16 ; après, 119,20. Le poids du second malade plus âgé était, avant le bain, 97,12 ; après, 97,13 1/2 ; une seconde fois, avant le bain, 97,12 ; après, 97,15. Ainsi, pour un cas, nous trouvons une augmentation de une once et demie, et pour l'autre de deux onces, ce qui, par vingt-quatre heures, donnerait quatre livres et demie et six livres. Mais aussi comment répondre qu'au sortir du bain, la dessiccation a été complète ! Si Currie et Gérard, qui prolongeaient moins le bain, n'ont constaté aucun changement de poids, cela tient bien probablement à ce que l'épiderme était moins imprégné d'humidité.

D'ailleurs, de quelque manière que la peau des diabétiques se comporte dans l'eau, a-t-on droit d'en rien conclure quant à sa faculté d'absorption, au milieu de l'atmosphère d'une chambre chauffée? Enfin on a pensé qu'une portion de l'eau expulsée avec l'urine était due à ce que l'exhalation respiratoire se faisait moins abondamment. J'ai fait respirer un homme sain et un diabétique dans des verres appropriés de même dimension et d'égale température, sans découvrir de notables différences relativement au nombre de gouttes déposées sur les parois. Ce seul fait est, comme on le voit, peu favorable à la théorie.

3° Le corps reçoit de l'hydrogène non encore combiné avec l'oxygène et que lui fournissent les aliments et les boissons; une des conditions nécessaires pour la production de l'eau se trouverait ainsi remplie. Cependant il faut se souvenir qu'une notable proportion d'hydrogène est employée chez les diabétiques pour la formation de l'urée et du sucre. Dans le diabète, en effet, la quantité d'urée atteint plus qu'au double de ce qu'elle est dans l'état sain. D'après les recherches de M. Gregor, le rapport s'établirait ainsi : diabète, de 810 à 1013; état de santé, de 362 à 512. De plus, l'expérience enseigne que, malgré l'abstinence de tout aliment amylacé, les diabétiques produisent du sucre, et soustraient l'hydrogène à l'albumine, à la fibrine, etc. Quelque obscur que soit le mode de cette transformation, on ne peut se dispenser de l'admettre.

Les 31 onces 3/7 d'eau que le malade d'Ormerod excrétait, chaque jour en excès, répondent à peu près à 28 onces d'oxygène et d'hydrogène. Il ne serait pas physiologiquement impossible que 9 grains 1/3 d'oxygène fussent inspirés par chaque minute.

Mais la question de savoir si, dans le diabète, l'eau peut être un produit de l'acte respiratoire, se lie à toute la théorie de la respiration. Depuis Lavoisier, on ne s'est pas fait défaut de redire qu'une portion de l'oxygène qui disparaît dans le poumon est employée à produire de l'eau, et pourtant cette manière de voir attend encore une démonstration. D'abord, et les travaux d'Allen, de Pepys et de Dalton, l'ont prouvé; c'est une erreur d'admettre qu'une notable portion de l'oxygène inspiré ne se retrouve pas dans l'acide carbonique fourni par l'expiration (1).

(1) Cependant les expériences de MM. Regnault et Reiset ont prouvé que le rapport, du reste variable, entre la quantité d'oxygène contenu dans l'acide carbonique et la quantité totale d'oxygène consommé, est plus faible lorsque les animaux se nourrissent de viande : dans ce cas, 62 à 80 parties de l'oxygène absorbé se retrouvent seulement dans l'acide carbonique exhalé.

En second lieu, il reste à savoir si l'oxygène qui fait défaut n'est pas retenu ou refoulé dans le sang, et ne contribue pas ainsi à la formation d'un de ses éléments sous forme d'acide carbonique, surtout quand l'acte respiratoire est gêné, l'animal devant respirer dans un vase étroit, au travers d'un tube, ou étant sous le coup d'une commotion violente. La grande propension qu'a le sang même veineux à absorber l'acide carbonique, l'influence exercée par une pression et que les recherches de Legallois ont mise en évidence, méritent bien d'être prises en considération. Supposât-on qu'une combustion d'hydrogène fût nécessaire pour développer la chaleur propre au corps vivant, on n'en saurait tirer une preuve à l'appui de la théorie de Lavoisier. La chaleur est produite et entretenue par d'autres moyens : une pareille combustion, si elle avait lieu, élèverait le corps à une bien plus haute température ; de plus, les animaux carnivores, qui respirent largement, devraient acquérir plus de chaleur que les herbivores, et c'est le contraire qui résulte des expériences de M. Despretz.

S'il est au moins douteux qu'il se fasse dans l'individu sain une combustion d'hydrogène, et par suite qu'il se forme de l'eau, la chose est encore plus invraisemblable pour les diabétiques. La température, constatée sous les aisselles de deux malades, n'excédait pas celle qu'on observe dans les autres affections chroniques ; chez un seul malade dont les poumons étaient déjà attaqués, elle arriva au degré des affections subaiguës. Enfin l'expiration d'un diabétique ne fit pas monter le thermomètre plus que celle d'un homme en pleine santé.

En accordant que, par une exception pathologique, l'air inspiré contribuât, chez le diabétique, à la production de l'eau, il faudrait ou qu'une plus grande quantité d'oxygène fût soustraite à l'air par le malade, ou, comme le pensait Rutherford, qu'une portion de l'oxygène cessât de s'unir avec le carbone, pour venir se combiner avec l'hydrogène. Un chimiste distingué de Bonn, le docteur Bödiker, a mesuré, comparativement avec l'endiomètre de Volta, la dépense d'oxygène dans la respiration d'un diabétique et d'un homme sain d'égale corpulence ; il n'a trouvé qu'une différence de quelques dixièmes de pouce cube.

Si la respiration du diabétique fournissait moins d'acide carbonique, il faudrait que le carbone fût rejeté par une autre voie, ou qu'il contribuât puissamment à la nourriture du malade. Or les évacuations alvines sont rares ; quelquefois, il est vrai, elles contiennent de la graisse ; mais ce n'est pas la règle. Le diabé-

tique maigrit et n'engraisse pas, ce n'est évidemment pas au carbone qu'il faut l'attribuer.

Pendant que nous étions en train de poursuivre ces recherches, une découverte, due au hasard, leur imprima une tout autre direction. La boisson distribuée à discrétion à nos diabétiques était chaque fois pesée scrupuleusement par les surveillantes, il leur était enjoint de ne rien prendre en dehors. Soit par honte de paraître si insatiables, soit par quelque autre motif, les malades nous trompaient et se procuraient de l'eau clandestinement.

Déjà Bardsley avait noté que, dans les cas où il présidait lui-même, avec le plus grand soin, à l'expérience, la quantité du liquide absorbé avait toujours dépassé celle de l'urine. Il valait la peine de prévenir une nouvelle erreur. Les deux diabétiques furent enfermés successivement pendant huit jours ; ils continuèrent à recevoir autant d'aliments et de boissons qu'ils désiraient. Chaque substance alimentaire fut d'abord exactement desséchée ; on y ajoutait, pour la rendre mangeable, une proportion de liquide pesée ; on constatait également le poids des boissons. L'urine rendue seule ou avec les selles fut pesée avec la même exactitude.

Le premier malade reçut, le 7 octobre 1849 :

Café au lait	35 onces,	contenant de liquide	33,5 onces.
Soupe	31	—	30,5
Légumes	21	—	16
Viande	14	—	12
OEufs	3	—	1,9
Pain	12	—	3
Boisson			102
		Total	198,9

Le même jour, il rendit d'urine 134 onces.

L'expérience, continuée jour par jour jusqu'au 13 octobre, fournit les résultats suivants :

8	octobre, liquide ingéré	186 onces ;	urine	132 onces.
9	—	162	—	147
10	—	171	—	144
11	—	177	—	141
12	—	166	—	138
13	—	195	—	147

Le second malade fut soumis au même mode d'observation. Voici les chiffres obtenus :

Du 4 au 7 novembre,	liquide ingéré	386 onces;	urine	284
Du 8 au 11	—	377	—	270
Les 12 et 13	—	234	—	184
	Total en huit jours	997	—	738

Ainsi la source de l'eau, que nous cherchions dans les mystères de la pathologie, était dans la fontaine voisine. Des essais faits à diverses reprises, avec les mêmes précautions, nous conduisirent aux mêmes conséquences.

Reste à savoir comment les choses se sont passées chez tant d'autres diabétiques qui ont paru, comme les nôtres, produire de l'eau spontanément. En tout cas, il n'est guère vraisemblable que cette génération ait tantôt lieu sous l'influence du diabète, et tantôt n'existe pas. Ormerod dit de son malade : *his appetite is voracious*. L'appétit n'était-il pas assez pressant pour l'engager à corrompre un *domestique*, et à se procurer des aliments qui n'étaient pas portés sur les registres du médecin ? Le cas semble plus délicat pour deux nonnes qui éprouvaient à la fois une soif violente et une répulsion non moins vive pour les boissons : l'une, observée à Venise, et dont Barati raconte l'histoire, rendait, chaque jour, quarante-une livres d'urine ; l'autre, traitée à Bologne par Livizianus, évacuait quarante-trois livres d'urine. Un tel problème n'est pas de ceux qu'on puisse résoudre par l'étude pathologique du diabète.

THÉRAPEUTIQUE.

3. *Mémoire sur le traitement de l'ascite par les injections iodées* ; par M. Boinet.

Suite : *voir* t. IX, septembre 1851, p. 35 ; t. X, octobre, p. 37.

(Gazette médicale de Paris, N° 36 ; 1851.)

Obs. XV. — En 1847, M. le docteur Leriche (de Lyon) présentait à la Société médicale d'émulation de Lyon une observation d'ascite guérie radicalement par une seule injection iodée, pratiquée le 11 mars 1847. Le sujet de cette observation est une jeune fille de 17 ans, de faible constitution, réglée assez régulièrement depuis l'âge de 14 ans, affectée, depuis quatorze mois, d'hydropisie ascite et soumise à l'injection iodée dans le péritoine. Cette jeune malade vit augmenter le volume de son ventre à la suite d'une affection légère des voies respiratoires, qui ne donna

lieu à aucuns phénomènes généraux. Plusieurs médecins employèrent alors, mais sans succès, les diurétiques et les purgatifs drastiques. Le 8 mars 1847, M. Leriche entreprend le traitement; il trouve l'état général de la malade assez satisfaisant; toutefois le ventre présente au-dessous de l'ombilic un son mat et une circonférence de 1 mètre 7 centimètres, avec légère infiltration des membres inférieurs. Le 11 mars, assisté de M. Couche, il pratique la ponction et obtient onze litres d'un liquide jaunâtre, puis il injecte la solution suivante :

Teinture d'iode.	32	grammes.
Iodure de potassium. . . .	4	—
Eau.	200	—

120 grammes seulement de cette solution peuvent s'écouler de l'abdomen après différentes pressions. La nuit suivante, quelques douleurs du côté de l'abdomen, un peu de météorisme et des borborygmes; urines abondantes, diminution du ventre; gaz intestinaux vers le troisième jour ; enfin, les jours suivants, jusqu'au 21 mars, sont marqués par de la faiblesse, un peu d'insomnie, une évacuation d'urines plus abondantes et plus claires. A partir de ce moment jusqu'au 30, époque de la guérison complète, on voit progressivement augmenter les forces, l'appétit et diminuer d'autant le volume du ventre. (*Journal de médecine de Lyon.*)

Le fait suivant appartient encore à M. Leriche ; mais quoiqu'il n'ait pas été suivi de guérison, il n'en démontre pas moins l'innocuité des injections iodées dans le péritoine.

Obs. XVI. — Chez une femme de 58 ans, affectée d'une ascite symptomatique d'une cirrhose du foie, M. Leriche fit successivement, à quinze jours d'intervalle, deux injections iodées, dont il ne donne pas la formule. Le liquide se reproduisit après la deuxième comme après la première injection, mais il y eut chaque fois à peine quelques coliques, et si la malade ne retira aucun bénéfice de l'opération, elle n'en éprouva non plus aucun accident.

Le docteur Rul-Ogez a communiqué à l'Académie de médecine de Belgique un cas d'ascite chronique, guérie par une injection iodée. Le petit malade, âgé de 7 ans, fut opéré le 8 septembre 1847. Un succès complet a couronné cette méthode curative.

Obs. XVII. — Joseph Moreau, aujourd'hui âgé de 7 ans, après une maladie dans le ventre accompagnée de fièvre qu'il fit

il y a trois ans, et dont ses parents ne peuvent guère me donner une description satisfaisante, vit son ventre augmenter insensiblement de volume, tout en restant pâle, faible et souffrant. Les parents s'adressèrent à beaucoup de médecins qui firent subir à leur enfant divers traitements tout à fait iufructueux, parmi lesquels les purgatifs et les diurétiques ne furent pas ménagés ; enfin, en désespoir de cause, et après avoir épuisé par trois années de vaines tentatives leurs faibles ressources pécuniaires, l'enfant fut placé au mois de juillet dernier à l'hôpital des Enfants malades ; son ventre, à cette époque, était tellement distendu, que la marche était devenue impossible et que l'état d'orthopnée croissant réclama, à la fin du mois de juillet, l'opération palliative de la paracentèse, au moyen de laquelle on évacua du ventre environ un seau ordinaire plein de sérosité ; mais l'avantage qu'en recueillit le patient ne fut pas de longue durée, car à peine huit jours s'étaient-ils écoulés depuis la sortie du liquide abdominal, que déjà le ventre avait récupéré son volume primitif. L'enfant fut renvoyé chez lui comme incurable au mois d'août dernier, et peu après il me fut adressé. Son ventre, énormement distendu, couvrait en partie les cuisses et empiétait sur les cavités thoraciques ; la fluctuation était des plus manifestes ; l'orthopnée était excessive ; il ne dormait plus qu'à de rares intervalles ; bien plus, une violente inflammation de la partie inférieure du tube digestif, caractérisée par une diarrhée sanguinolente, était venue se joindre à l'affection existante et compromettait doublement la vie du malade.

Avant de rien tenter contre l'ascite, je m'efforçai de faire disparaître l'inflammation accidentelle, ce que j'obtins heureusement ; mais alors l'état d'horrible dyspnée exigea impérieusement l'opération de la paracentèse, que je pratiquai le 8 septembre dernier. J'évacuai ainsi plus de 10 litres de sérosité critine, et après un nouvel examen du ventre, qui me permit de m'assurer que toutes les organes de cette cavité paraissaient être sains, et que j'avais bien réellement affaire à une ascite, j'injectai dans la cavité péritonéale, par la canule du trocart, un mélange de 3 onces d'eau tiède et de 3 gros de teinture d'iode. Par des frictions douces, je fis circuler le mélange par toute la cavité péritonéale. Lorsqu'au bout de quelques minutes je voulus faire ressortir la solution, je vis avec surprise qu'il ne s'écoulait par la canule qu'une très petite quantité de sérosité jaunâtre. Sans m'inquiéter du séjour de la majeure partie de l'injection dans la cavité péritonéale, je retirai la canule. Le patient n'avait presque point accusé de douleur pendant l'opération.

Le jour même et le lendemain, il se déclara une légère péritonite, caractérisée par la fièvre, l'accélération, le resserrement et la petitesse du pouls, quelques vomissements bilieux, une grande sensibilité et la distension tympanique du ventre. Cette réaction inflammatoire ne dépassant pas les limites qui me parurent favorables à la guérison, je me bornai, pour toute médication, à prescrire le repos, la diète absolue et des boissons délayantes. Au bout de cinq ou six jours, toute trace inflammatoire avait disparu ; mais un épanchement modéré avait reparu dans la cavité abdominale, reconnaissable par une fluctuation sourde. Cependant le ventre, devenu indolent, avait perdu les cinq sixièmes de son volume. Je recommandai alors un régime fortifiant ; je favorisai les évacuations alvines et vésicales, etc. Un succès complet a couronné cette méthode curative, et aujourd'hui, près de quatre mois après l'opération, il ne reste à ce pauvre enfant que le souvenir de sa longue et cruelle maladie.

Ascite chronique, suite de fièvres intermittentes, chez un jeune garçon de 13 ans, traitée avec succès par l'injection iodée ; par le docteur Volland, médecin à Varennes (Maine-et-Loire). (Observation adressée à M. Boinet.

Obs. XVIII. — Depuis dix mois, je donnais des soins à un jeune garçon âgé de 13 ans, nommé Louis Busson, pour une ascite qui datait de plusieurs années, et qui s'était développée à la suite de fièvres intermittentes. Ces fièvres, qui sont endémiques dans le pays où j'exerce, avaient amené chez mon jeune malade un engorgement du foie et de la rate. Le premier de ces organes étaient assez volumineux pour déborder de quatre à cinq doigts les fausses côtes, et qu'il était facile de constater toutes les fois que je faisais une ponction pour vider la cavité péritonéale. Pour combattre cette ascite et les causes qui l'avaient produite, j'avais essayé tous les moyens préconisés en pareil cas : sulfate de quinine, quinquina sous toutes les formes, toniques, ferrugineux, purgatifs, diurétiques, altérants, etc., tout avait échoué. Dix-huit fois déjà j'avais pratiqué la ponction, à laquelle j'étais obligé de revenir tous les quinze jours pour soustraire cet enfant à la gêne de la respiration, à l'asphyxie, occasionnées par la grande quantité de liquide qui s'accumulait dans la cavité péritonéale et refoulait les organes thoraciques. Chaque ponction fournissait 10 à 12 litres de liquide transparent et de couleur citrine. Malgré tous mes efforts pour soulager ou guérir cet enfant, l'affection se montrait toujours aussi rebelle ; elle minait le

petit malade, qui ne pouvait plus quitter la chambre. Il était voué à une mort certaine. Ne sachant plus que faire, et enhardi par vos publications sur les bienfaits des injections iodées dans plusieurs cas graves, désespérés, je fis part aux parents de la seule ressource qui pouvait nous rester, ressource que je ne regardais pas sans grande gravité et de laquelle, je dois le dire, je n'attendais pas un résultat aussi prompt et aussi complet que celui que j'ai obtenu. Les parents me donnèrent tout pouvoir d'agir pour guérir leur pauvre enfant.

Le 27 avril 1848, après avoir retiré comme à l'ordinaire dix litres de liquide de la cavité péritonéale, j'injectai dans cette même cavité, par la canule du trocart, la préparation suivante : eau distillée, 120 grammes ; teinture d'iode, 30 grammes. Mon jeune malade était couché sur le dos et un peu sur le côté gauche ; je le fis mettre sur le côté droit et comprimai légèrement les parois abdominales, pour mettre la vaste surface péritonéale en contact avec la liqueur injectée. Au bout de cinq minutes, il s'écoula par la canule à peu près le quart de la liqueur injectée. Le jeune Busson ne ressentit, au moment de l'injection, qu'une légère douleur, ne poussa aucun cri, et ne laissa échapper aucune plainte. Je recommandai aux parents de le tenir chaudement, de mettre sur son ventre des linges chauds, et de faire des frictions sur les cuisses et les parois abdominales avec de l'onguent napolitain. Eau de tilleul pour boisson, diète absolue.

Le lendemain 28 avril, vingt-quatre heures après l'opération, je visitai mon jeune malade : il était dans un état très satisfaisant ; il avait eu un peu de sommeil la nuit, son ventre n'était ni douloureux ni tuméfié ; la chaleur de la peau était normale, et le pouls régulier sans fréquence. La soif n'était point vive ; il réclamait des aliments ; un léger bouillon lui fut permis. Les frictions mercurielles n'avaient pas été faites, j'ordonnai aux parents de ne pas les oublier ; étant éloigné de 28 kilomètres de mon malade, je ne pouvais le visiter tous les jours.

Je le revis le 2 mai ; il était toujours dans une position très satisfaisante, réclamait avec instance de la nourriture ; je lui permis des potages. Les jours suivants, il continua à bien se trouver et, le 15 mai, le jeune Busson commença à se lever. Son ventre n'était ni douloureux ni tuméfié, il ne contenait plus de liquide, toutes les fonctions s'exécutaient bien et les forces revenaient peu à peu. A la fin de mai, il n'y avait aucune trace de liquide dans le péritoine, et le ventre n'était le siège d'aucun phénomène digne d'être noté. Plus tard, cet enfant, qui avait une mauvaise alimentation et qui, pendant l'absence de ses parents,

se nourrissait de fruits verts, succomba à une diarrhée colliquative. Le péritoine ne contenait point de liquide; malheureusement l'autopsie n'a point été faite (1).

Injection iodée dans le péritoine (hydropisie ascite depuis huit mois) ; guérison ; par le docteur Leriche (de Lyon).

Obs XIX. — Madame Robert, âgée de 38 ans, d'une bonne constitution, mariée depuis quinze ans, n'a jamais eu d'enfant. Vers la fin de septembre 1847, cette femme nous raconte qu'elle se sentait indisposée depuis plusieurs semaines, mais que la nécessité de travailler faisait qu'elle s'occupait peu de son état maladif, quand un jour elle fut au Rhône laver du linge, par une pluie très froide, ayant ses règles. Le soir, en rentrant chez elle, elle se mit au lit, à cause de douleurs vives qu'elle éprouvait dans le ventre et de lassitude dans les jambes ; elle s'aperçut que ses menstrues ne coulaient plus ; plusieurs jours se passèrent ainsi, faisant peu de chose ; quelques infusions de fleurs de mauve et des frictions avec de l'huile camphrée sur le ventre, qui était très douloureux.

Elle attendit ainsi patiemment une nouvelle époque menstruelle, pensant qu'elle se trouverait complétement débarrassée ; ce qui eut lieu en effet, mais sans que le ventre, qui avait déjà pris un certain volume, diminuât, et il y avait toujours un peu de douleur vers le bas-ventre.

Enfin, deux mois après, elle vit un médecin qui lui conseilla des purgatifs et des frictions avec la teinture de scille. Puis vint le tour des commères. Mais le ventre grossissait toujours, et les règles ne venant plus régulièrement, il y a de la gêne dans la respiration par suite du refoulement du ventre ; l'abdomen, mesuré à la région obilicale, avait 37 centim. de circonférence, la peau est tendue et luisante. La percussion sus-ombilicale fait reconnaître la présence des intestins, et une matité complète dans toute le reste de son étendue ; quelle que soit la position qu'on donne au ventre, cette matité ne se déplace point. On reconnaît aussi d'une manière très manifeste la fluctuation d'un liquide ; les extrémités inférieures sont légèrement infiltrées, il y a un peu d'anorexie ; du reste, absence complète de réaction fébrile ; les fonctions intestinales se font comme par le passé. Il

(1) M. le docteur Volland, de Varennes (Maine-et-Loire), nous écrit qu'il avait encore obtenu un nouveau succès, dans un cas d'ascite traité par l'injection iodée. Nous espérons qu'il publiera cette nouvelle observation.

est impossible, par cette présence du liquide, de reconnaître aucune tumeur dans le ventre. Nous conseillons à la malade l'opération de la paracentèse et une injection iodée, le cas échéant.

Le 21 juin, je pratiquai une ponction du ventre, et je retirai 16 litres d'un liquide jaune verdâtre, mielleux, transparent, dont le poids était de 16 k. 800 gr. L'abdomen mesuré de nouveau ne donne plus que 82 centim. J'explorai alors avec soin les parois du ventre, et ne reconnus aucune espèce de tumeur. La cavité thoracique fut aussi explorée, et je ne trouvai rien qui pût me rendre compte de cette ascite.

Après cet examen, bien que la malade se sentît un peu affaiblie à la suite de cette opération, je résolus d'injecter le mélange suivant.

Teinture d'iode.	32	grammes.
Iodure de potassium.	4	—
Eau.	250	—

A la suite de cette injection qui n'occasionna *que fort peu de douleur*, je cherchai à mettre tous les points de l'abomen en contact avec le liquide, et en retirai la plus grande quantité. Je plaçai un bandage de corps et recommandai à la malade de rester au lit. (Bouillon de bœuf.)

Le 22 juin, la malade a peu dormi, légèrement agitée, de temps en temps des coliques assez fortes. L'abdomen ne paraît pas avoir acquis de volume, légèrement douloureux au toucher. Le pouls est un peu élevé. (Eau de chiendent, cataplasmes de farine de lin, un grain d'opium pour la nuit ; diète absolue).

Le 23 juin, nuit bonne, ventre encore douloureux ; mesuré, il donne 85 centim. On reconnaît encore le présence de liquide à la partie inférieure. (Même prescription qu'hier.)

Le 26, nuit assez bonne ; la douleur de l'abdomen a cessé ; les urines coulent assez abondamment ; désir d'aliments.

Le 30, le succès se continue.

Le 6 juillet, la malade se plaint toujours d'un peu de faiblesse ; elle est pâle, paraît un peu amaigrie, se lève plusieurs heures dans la journée. Le ventre examiné semble revenu à son état normal, on ne reconnaît plus de liquide ; il lui semble qu'il y a une espèce de bride qui s'étend du pubis à la partie inférieure du sternum, ce qui lui fait éprouver une sensation très pénible.

Six mois après, nous revoyons la malade ; elle se trouve très bien. Aucun des symptômes qu'elle avait éprouvés n'a reparu.

La sensation pénible qu'elle ressentait dans le ventre (produite probablement par des adhérences, provoquée peut-être sous l'influence de l'injection iodée) diminue chaque jour.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

4. *Considérations chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur les sels d'argent*; mémoire présenté à l'Académie des sciences, les 18 novembre et 2 décembre 1850, par le docteur J. Delioux, médecin en chef de la marine, professeur aux écoles de médecine navales.

Suite : *voir* t. IX, septembre 1851, p. 40 ; t. X, octobre, p. 46.

(Gazette médicale de Paris, N° 37 ; 1851.)

DEUXIÈME PARTIE.

DE QUELQUES PRÉPARATIONS D'ARGENT SUSCEPTIBLES D'ÊTRE EMPLOYÉES EN THÉRAPEUTIQUE.

Comme résultat de l'administration des préparations d'argent à l'intérieur, deux accidents peuvent se produire, double éventualité qui, préoccupant sans cesse les thérapeutistes, les empêche souvent d'insister sur l'emploi interne de ces médicaments et de les porter à une dose suffisante pour développer leur action :

1° L'action irritante topique de ces préparations ;

2° La coloration spéciale de la peau.

L'action irritante n'appartient en propre qu'aux préparations solubles ; une seule d'entre elles est entrée dans la matière médicale, l'azotate d'argent. Or, il a été démontré précédemment que l'on peut éluder, annihiler en partie l'action topique de ce sel en favorisant sa combinaison avec l'albumine, et ne déterminer ainsi que son action dynamique.

La coloration argentique de la peau a été, dans un grand nombre de circonstances, la conséquence fatale d'un long traitement par l'azotate d'argent chez les épileptiques, conséquence assez grave malgré la chance d'une guérison constatée dans un petit nombre de cas. Rien n'arrête les progrès de cette coloration que la suspension du médicament, rien ne la fait disparaître quand elle est établie. Cet accident, contre la production duquel le thérapeutiste n'est nullement armé quand il emploie l'azotate d'argent longtemps et isolément, mérite d'être pris en sérieuse considération.

Il n'est donc pas sans intérêt de rechercher si d'autres sels

d'argent que l'azotate méritent d'être conservés ou introduits dans la matière médicale, sous la triple condition — qu'ils auront une action topique peu irritante ou nulle, — qu'ils seront absorbables,— qu'ils ne détermineront pas la coloration bronzée des surfaces tégumentaires, ou du moins qu'ils ne la produiront qu'à un moindre degré que l'azotate d'argent.

A ces titres j'examinerai :

1° L'argent métallique et les composés insolubles que, dans ces derniers temps, on a tenté d'introduire dans la pratique médicale ;

2° Comme composés solubles, l'iodure double de potassium et d'argent et l'hyposulfite double de soude et d'argent.

1° *Des préparations argentiques insolubles.*

L'*argent métallique* n'a guère été de nos jours préconisé comme médicament interne ; mais il est entré jadis dans la confection de plusieurs formules officinales à l'état de limaille. A quelque degré de division qu'on pût amener la limaille, si l'on voulait expérimenter à l'intérieur l'argent métallique, il vaudrait mieux, à mon avis, employer l'argent précipité par le zinc ou par l'étain, ou obtenu du protoxyde par réduction à l'aide de la chaleur ; le métal se trouverait ainsi sous forme d'une poudre fine et impalpable, dont on pourrait encore augmenter la ténuité par la porphyrisation, état physique qu'il est toujours bon de rechercher dans la préparation des médicaments insolubles, afin d'assurer leur absorption et par suite leur action dynamique.

L'*oxyde d'argent* (protoxyde, Ag O) a été l'objet d'expérimentations récentes. Plusieurs médecins anglais et allemands, et notamment M. Lane (des États-Unis), lui ont reconnu des propriétés sédatives et antispasmodiques assez marquées pour se croire autorisés, en invoquant de nombreux succès, à le recommander non-seulement dans plusieurs affections névralgiques pures, telles que les diverses formes de la gastralgie, mais, de plus, dans plusieurs maladies étrangères à ce type, dans certains cas spéciaux où l'élément nerveux les complique ; parmi ces derniers, la ménorrhagie, surtout quand elle s'accompagne d'excitation nerveuse générale ou d'érétisme spécial du système utérin, aurait trouvé dans l'oxide d'argent une sorte de spécifique. Enfin, attribuant, en outre, à ce médicament, sur des motifs plus ou moins valables que je n'ai pas à apprécier ici, des propriétés toniques et astringentes, ces praticiens témoignent en faveur de l'efficacité de l'oxyde d'argent dans le traitement de

différents flux, tels que la diarrhée, la dyssenterie, les sueurs nocturnes, la polyurie et toutes les formes de la ménorrhagie.

On comprend que ces assertions, qui n'ont pas été vérifiées dans les grandes cliniques françaises, soient accueillies avec une certaine réserve; mais elles sont dignes d'appeler l'attention sur l'oxyde d'argent et sollicitent à rechercher quel peut être le mode de pénétration de ce médicament dans l'organisme.

Le protoxyde d'argent est soluble dans l'eau, quoique à très faible degré; mais cette solubilité n'est constatable qu'autant que le protoxyde est récemment préparé et n'a point été altéré dans sa composition par un commencement de réduction; or, comme cette réduction s'opère très promptement, il arrivera que, dans la majorité des circonstances, lorsqu'on administrera ce médicament aux malades, on n'aura plus affaire qu'à un sous-oxyde d'argent (Ag^2O), ou à un mélange variable de sous-oxyde et d'argent métallique, c'est-à-dire en définitive à un médicament aussi insoluble que le métal divisé dont il était question tout à l'heure.

L'oxyde d'argent, au point de vue pharmacologique, n'a donc droit à être considéré que comme un médicament insoluble.

Le *chlorure d'argent*, dont l'emploi interne a été proposé par quelques médecins, entre autres par M. Trousseau dans le traitement de l'épilepsie à la place de l'azotate, pour éviter la coloration de la peau et l'irritation des voies digestives, est d'une insolubilité parfaite dans l'eau ; fonçant de couleur et se réduisant sous l'influence de la lumière, il passe à l'état de sous-chlorure en restant indéfiniment insoluble, et de même que l'oxyde, à mesure que sa réduction s'opère, il sera, théoriquement du moins, d'autant moins attaquable par les humeurs dissolvantes des voies digestives.

L'*iodure d'argent*, proposé pour l'usage interne par M. Patterson, et, avec plus de raison à mon avis, de préférence à l'azotate et au chlorure, employé antérieurement dans le traitement antisyphilitique par M. Serre (de Montpellier), est également une substance insoluble ; mais il a sur l'oxyde et le chlorure l'avantage très considérable, pour l'emploi thérapeutique, d'être plus stable dans sa composition et de ne se colorer qu'avec une extrême lenteur sous l'influence de la lumière.

Quelle que soit l'appréciation que l'on porte des résultats obtenus par l'administration interne des composés argentiques qui viennent d'être cités, résultats signalés par des praticiens honorables, on ne peut les récuser comme faits ; des composés argentiques insolubles ont donc produit des effets thérapeutiques

avérés ; or ces effets n'étant que la traduction sensible d'une action dynamique, et l'action dynamique de tout médicament ne pouvant s'exercer qu'après son absorption préalable, ces composés, que nous tenons pour insolubles dans nos verres sous l'influences des menstrues aqueuses, ont donc été absorbés.

Voyons de quelle manière ils ont pu l'être.

De deux choses l'une : ou ces composés sont absorbables en nature, ou ils ne le sont qu'après leur transformation en composés solubles.

L'ancienne chimie avait posé comme axiome : *Corpora non agunt nisi sint soluta* ; et il a été accepté par la majorité des physiologistes modernes qui ont appelé la chimie et la micrographie à leur aide pour étudier les phénomènes de l'absorption dans l'organisme vivant.

Cet axiome, contestable même en chimie, l'est plus encore en physiologie ; avant d'examiner les graves objections qui peuvent lui être opposées, demandons-nous si les préparations argentiques insolubles sont susceptibles d'être transformées dans les premières voies en composés solubles, soit en totalité, soit seulement en partie.

On a dit pour l'oxyde d'argent qu'il est attaqué par les acides de l'estomac et absorbé sous forme de sel ; mais on n'a pas réfléchi qu'il ne pouvait se former dans cette réaction qu'un sel insoluble ; les acides trouvés dans le suc gastrique ou les humeurs de l'estomac sont le chlorhydrique (Prout, Tiedmann et Gmelin, Bouchardat et Sandras), de lactique, le phosphorique (Cl. Bernard et Pareswill), l'acétique dans quelques cas rares ; or chloruré (1), lactate, phosphate, acétate d'argent sont autant de composés insolubles ou fort peu solubles, et si l'on admet que l'un ou l'autre se forme au contact de l'oxyde et des humeurs gastriques, on se retrouve en présence d'un composé dont l'absorption n'est pas plus facile à expliquer que celle de l'oxyde lui-même, dans la théorie de la solubilité préalable, et la question n'a point avancé d'un pas.

Si l'on fait valoir les idées de M. Mialhe, d'après lesquelles les chlorures alcalins jouent un rôle exclusif, on devra supposer que, sous l'influence de ces réactifs, l'oxyde et le chlorure d'argent sont transformés en chloro-argentate alcalin, que l'iodure est changé en iodo-argentate alcalin. Mais j'ai dû faire remarquer,

(1) L'idée première que les sels d'argent et particulièrement l'azotate sont transformés dans l'estomac en chlorure d'argent, appartient à M. Cazenave. (V. *Dic. de méd.*, 2e éd., art. *Argent.*)

dans la première partie de ce mémoire, qu'il y a dans cette théorie un cercle vicieux ; qu'un chloro-argentate alcalin est décomposable par l'eau, que par conséquent, une fois formé, il reproduirait un chlorure d'argent insoluble; de même un iodure double de sodium, potassium ou ammonium, né sous la réaction chimique des chlorures de nos humeurs sur l'iodure d'argent, retournerait aussitôt né, par l'action de l'eau de ces humeurs ou des boissons ingérées, à l'état d'iodure d'argent, et forcément, dans cette hypothèse qui va à l'encontre de ce qu'elle veut prouver, il n'y aurait pas d'absorption possible, puisqu'en même temps on nie celle des substances insolubles.

Enfin l'albumine, qui paraît jouer un rôle si important dans l'action chimico-physiologique de l'azotate d'argent, serait-elle appelée à favoriser la dissolution des préparations insolubles de ce métal ?

Pour juger cette question, j'ai fait digérer pendant plusieurs heures, à une température moyenne + 38° centig. de l'argent métallique précipité, de l'oxyde, du chlorure et de l'iodure d'argent récemment préparé, savoir :

Dans une dissolution d'albumine pure ;
Dans une dissolution d'albumine chloruré ;
Dans du sérum de sang.

L'argent métallique, le chlorure et l'iodure d'argent, sont toujours restés complétement insolubles ; il en a été à peu près de même pour l'oxyde d'argent; toutefois, dans quelques circonstances il m'a semblé qu'une très petite quantité de cet oxyde s'était dissoute, soit sous l'influence de l'albumine, soit simplement sous l'influence de l'eau ; la liqueur filtrée se colorait alors légèrement en brun par l'acide sulfhydrique, ce qui n'a jamais eu lieu pour les trois composés précédents.

Il est permis d'inférer de ces expériences que les préparations insolubles d'argent ne rencontrent, dans les humeurs qui baignent la muqueuse gastro-intestinale, aucun élément susceptible de les dissoudre, et que l'oxyde d'argent lui-même dans toute sa pureté s'y dissolvant à peine, il n'en pénétrait que des atomes dans les ramuscules veineux, siége d'élection de l'absorption des substances solubles.

Il ne reste donc, après ces exclusions, qu'à admettre l'absorption en nature des substances insolubles. Le fait est vivement contesté, l'œil des micrographes modernes n'a vu aucun pertuis appréciable sur toute l'étendue des muqueuses internes ; les bouches absorbantes et exhalantes de Bichat ont été relé-

guées au rang des chimères, et le double tégument, constitué par l'ensemble des muqueuses et l'enveloppe cutanée, a été considéré comme une vaste membrane endosmique, à travers laquelle les gaz et les liquides ont seuls la faculté de pénétrer. Cependant, des faits nombreux, soit physiologiques, soit pathologiques, s'accordaient assez mal avec ces principes d'histologie. Ainsi le sang transsude à travers les parois vasculaires ; or, il n'est pas formé seulement de substances dissoutes, le plasma qui contient celles-ci, tient en suspension des corps non dissous, les globules ; on a dit, il est vrai, pour faire concorder les phénomènes de transsudation hémorrhagique avec le système de l'imperforation des membranes dans l'ordre normal, qu'il y avait érosion des parois vasculaires, déformation, dissolution des globules sanguins. Il a été, fort souvent, impossible de constater l'érosion des vaisseaux, et en admettant un certain mode d'altération des globules qui aurait été reconnu par quelques observateurs, le fer qui enveloppe ces globules à l'état de composé insoluble (composé dont les analystes n'ont pu encore préciser la nature, mais qu'ils rapportent au type des oxydes de ce métal), le fer a pénétré de dedans en dehors la trame des canaux circulatoires. Les globules du lait, ceux du pus, d'où viennent-ils? on répond qu'ils se forment à la surface extérieure des membranes sécrétantes : en a-t-on péremptoirement fourni la preuve? Et, dans la résorption purulente, les globules du pus ne traversent-ils pas, en sens inverse de leur point de départ, les trames vasculaires, pour apparaître mêlés au sang des veines ou à la lymphe, et charriés jusqu'aux foyers creusés dans les parenchymes, où ils doivent se déposer ultérieurement après avoir franchi de nouvelles barrières membraneuses? A cette façon d'interpréter la résorption purulente on objecte une altération du pus qui en détruit les globules, ou l'explosion d'une phlébite qui serait l'unique cause de la présence du pus dans les veines.

Enfin, les globules des graisses, corps suspendus dans les liquides plus ou moins complexes, mais jamais réellement dissous, passent de l'intestin dans l'appareil chylifère, sortent de l'économie dans leur sueur, dans le lait, dans le pus, dans les urines même parfois, auxquelles ils donnent une apparence laiteuse, comme plusieurs faits récents l'ont démontré. Si l'on attribue exclusivement cette pénétration facile à la mollesse, à la flexibilité des globules graisseux, qualités qui leur permettraient de se faufiler en s'atténuant à travers les porosités des membranes, n'est-on pas autorisé à croire qu'ils ne dépasseront pas cependant, le degré de ténuité des particules des poudres impalpables,

et pourquoi alors celles-ci ne suivraient-elles pas la route que prennent ceux-là?

Si sur ce point litigieux de l'histoire de l'absorption deux opinions contradictoires se renvoient des objections réciproques, il est juste de reconnaître que les partisans de l'absorption des substances insolubles apportent en sa faveur des considérations de l'ordre le plus sérieux, et je n'hésite point à me ranger de leur côté. En rejetant cette manière de voir, il est impossible de se rendre un compte satisfaisant du mode d'action de plusieurs médicaments insolubles, tels que les antimoniaux, les mercuriaux, les ferrugineux, car l'hypothèse de la chloruration uniforme de ces composés ne me paraît point faite pour résoudre la difficulté. L'absorption des substances insolubles est, en outre, démontrée par des expériences irrécusables dont le petit nombre est compensé par le talent et l'autorité des observateurs; les faits cités à l'appui par MM. Sterlin, Follin, OEsterlen (1), Cl. Bernard (2), me semblent de nature à juger définitivement la question. Comme l'avait établi antérieurement M. Magendie, les veines présideraient à l'absorption des substances solubles, les vaisseaux lymphatiques et chylifères à celle des substances insolubles. Pour ce dernier appareil, il est vrai, il reste à donner une explication anatomique rigoureuse de cette spécialité d'attribution; toutefois les travaux de MM. Gruby et Delafond, Goodsir, Cl. Bernard, tendraient à attribuer aux villosités intestinales une structure compatible avec une perforation qui

(1) *Passage des substances insolubles du canal intestinal dans le torrent circulatoire*, par le professeur *OEsterlen*, (*Journ. de chimie méd.* et *Union méd.* 1848).

Une note communiquée à l'Académie de médecine par M. Mialhe, séance du 1er août 1848, ayant pour objet de réfuter les faits avancés par M. OEsterlen, a donné lieu, dans la séance du 5 mars 1849, à un rapport de M. Soubeiran entièrement favorable à l'opinion de M. Mialhe; mais plusieurs membres de l'Académie, MM. Orfila, Piorry, Moreau, Gaultier de Claubry, Bussy, ont trouvé les conclusions du rapport trop absolues, et l'examen de la question a été renvoyé à la commission, avec adjonction de MM. Orfila, Gaultier de Claubry et Bérard. L'Académie ne s'est pas encore prononcée sur ce point important de physiologie.

Je ne pouvais ici donner plus d'extension à la théorie de l'absorption des substances insolubles, je n'ai dû qu'en indiquer les principaux arguments s'appliquant à l'étude de l'action chimico-physiologique de certains composés d'argent.

(2) *Leçons* de M. Cl. Bernard au Collége de France, année 1849.

coïnciderait avec l'existence d'un canalicule lymphatique central entouré d'un lacis veineux.

Quant au *cyanure d'argent*, je le considère comme devant être banni de la thérapeutique, avec tous les cyanures métalliques insolubles. Que ces cyanures soient absorbés en nature, ou qu'ils soient réactionnés par les humeurs du canal digestif, ils peuvent donner lieu à la production de quantités d'acide cyanhydrique capables de déterminer les accidents toxiques les plus graves, surtout si, par suite d'idiosyncrasies humorales qu'il n'est jamais possible de prévoir *à priori*, l'absorption ou la décomposition de ces cyanures ne s'opérait que tardivement après l'accumulation de plusieurs doses dans l'estomac.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

5. *De l'emploi de la teinture de colchique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et de la goutte*; par le docteur Delasiauve, médecin de l'hospice de Bicêtre.

(Archives générales de médecine, octobre 1851.)

Le colchique est réputé, depuis longtemps, comme un excellent antigoutteux, on suppose même que cet agent forme la base des fameuses pilules de Lartigue. Son emploi dans le rhumatisme articulaire aigu est de date moins ancienne. Il a d'abord été essayé en Allemagne et en Angleterre, où il jouit d'un crédit beaucoup plus étendu qu'en France. Si l'on en croit, en effet, M. Monneret, l'un des premiers qui, chez nous, aient soumis les rhumatisants à l'usage du colchique, l'efficacité de ce moyen serait au moins douteuse. Dans ses prescriptions, du reste, M. Monneret a passé notablement les doses indiquées par les formulaires, puisqu'au lieu de 20 à 80 gouttes au maximum, il les a élevées de 4 à 16 grammes et davantage.

Quoiqu'il en soit, ayant eu diverses occasions de recourir au colchique, les modifications survenues dans l'état morbide nous ont paru assez saillantes pour motiver le narré succint des cas dans lesquels elles ont été constatées.

Obs. I. — Au mois de septembre 1845, je fus appelé à donner mes soins au nommé M..., épicier, avenue de Fontainebleau. Ce jeune homme, âgé de 22 ans, d'une taille élevée, d'une constitution assez forte, mais habituellement valitudinaire, était attient depuis dix jours d'un rhumatisme articulaire aigu, occasionné par un refroidissement. Toutes les jointures avaient été prises, et lors de ma visite, le gonflement et la douleur occupaient encore

les deux poignets, les cou-de-pieds, l'un des genoux, le coude et l'épaule gauches. La peau était sèche et brûlante, le facies livide et altéré. Mou et onduleux, le pouls dépassait 120. Il y avait de l'oppression, et un bruit de souffle manifeste annonçait un commencement d'endocardite. La médication s'était réduite à quelques purgatifs légers, à des boissons diaphorétiques et calmantes.

Menaçants, on le voit, les symptômes, de l'aveu des parents, n'avaient fait qu'empirer. Les douleurs surtout étaient intolérables. D'ordinaire j'oppose aux rhumatismes articulaires de larges émissions sanguines ; mais, dans ce cas, l'origine reculée du mal et la faiblesse du sujet m'ordonnant la réserve, je crus pouvoir les modérer en y associant un des spécifiques récemment vantés, et mon dévolu se jeta sur la teinture de colchique, dont quelques goutteux m'avaient paru avoir retiré quelque profit.

En même temps donc que je pratiquai une première saignée de 350 à 400 grammes, je prescrivis 24 gouttes de teinture de colchique, à prendre en tois fois dans la journée. Dès le lendemain, le pouls tomba au-dessous de 100 ; la respiration et les mouvements devinrent plus libres, et il ne resta plus que trois articulations engorgées. Je rouvris la veine et continuai la préparation de la veille. Le jour suivant, toutes les articulations étaient débarrassées, il n'existait plus qu'un médiocre bruit de souffle, et la fièvre elle-même avait complétement disparu. Néanmoins le malade n'abandonna sa tienture que trois jours après, et dès le quatrième, il put se lever et recevoir de la nourriture.

Une imprudence, par malheur, amena une rechûte : s'étant exposé à un courant d'air dans sa boutique, M... fut saisi d'une nouvelle fièvre rhumatismale avec gonflement de plusieurs articulations. Cette fois le colchique fut employé seul; et, en moins de quarante-huit heures, le mal avait cédé pour ne plus revenir.

Obs. II. — M. R..., employé de l'établissement de Bicêtre, homme robuste et vigoureux est sujet depuis plus de dix ans à des accès de rhumatisme goutteux, revenant d'une manière à peu près régulière durant les froids humides de la saison rigoureuse et aux approches du printemps. La tuméfaction occupe spécialement, simultanément ou tour à tour, les genoux et les pieds. Pendant les crises, le sommeil est empêché par l'excès des souffrances ; rarement le pouls s'accélère. Traités par les moyens ordinaires, sangsues ou ventouses scarifiées, bains de vapeur, cataplasmes laudanisés, bourrache, opiacés à l'intérieur, purgatifs, etc., les accidents n'avaient jamais duré moins de quinze jours et s'étaient souvent prolongés de six semaines à deux

mois ; une même articulation était quelquefois envahie à diverses reprises. Depuis deux ans, au contraire, que nous unissons aux autres agents la tienture de colchique, la cure est à la fois et plus prompte et moins entravée par des recrudescences.

Obs. III. — Le 7 mars dernier, j'eus à visiter Mme C..., fruitière, rue Mâcon. Cette dame, âgée de 28 ans, quoique robuste en apparence, éprouva de graves et fréquentes maladies. Il y a huit ans, quelques mois avant son mariage, je la traitai pour un rhumatisme aigu ; trois ans plus tard, pendant l'allaitement d'un premier enfant, une fièvre typhoïde intense la mit à deux doigts de la mort. Ces deux affections avaient parcouru lentement leurs périodes; le rhumatisme en particulier, malgré les moyens mis en usage, et qui consistèrent en émissions sanguines répétées, tisanes émollientes, topiques anodins, ne céda complétement que dans le cours du troisième septénaire. Dans le cas sur lequel nous voulons insister maintenant, il s'agit d'une nouvelle attaque rhumatismale. Les symptômes ne présentaient pas un caractère moins dangereux que la première fois. Presque toutes les articulations étaient prises ; on ne pouvait soulever les membres inférieurs et les bras sans provoquer les cris de la malade. Le visage était rouge, animé, vultueux ; la peau chaude et couverte de sueur, la langue pâteuse et desséchée. Il y avait oppression considérable, une vive sensibilité du ventre, du météorisme, de la dysurie, un pouls au delà de 120, une exaltation sensible des idées; et, comme complément à ce tableau, ajoutons la circonstance d'un accouchement datant de deux mois et demi.

J'étais, je l'avoue, peu rassuré sur les suites d'un tel état, et comme antécédemment je pensais avoir obtenu quelque bien de la teinture de colchique, je résolus d'utiliser encore ce moyen, concurremment avec les émissions sanguines, que la nouveauté des couches m'engageait à modérer. Une saignée copieuse fut immédiatement pratiquée, et je prescrivis, indépendamment des tisanes émollientes et diaphorétiques, 30 gouttes de teinture colchique dans un julep.

Le lendemain, un peu d'amendement s'était déjà manifesté, les douleurs étaient moins violentes, l'anxiété moins profonde, le pouls marquait seulement 116. Sur le sang tiré de la veille, existait une couenne épaisse, jaunâtre, résistante, formant champignon. Je rouvris, non aussi largement, la veine, et ne changeai rien aux autres remèdes.

A ma visite du 9, d'heureuses modifications s'étaient opérées ; plus de douleurs dans les membres ni dans le ventre, respiration

libre, cessation de la loquacité, pouls tombé à 84 ; plusieurs jointures débarrassées, les autres en voie de résolution ; même aspect de la couenne sanguine. Tisane et colchique seuls.

Le 10, nuit excellente, pouls à 64, peau fraîche, convalescence: mêmes prescriptions. La teinture fut encore ordonnée les quatre jours suivants, à doses décroissantes ; mais, dès le 12, la malade commençait à prendre des aliments, et le 13, je la trouvai levée. En moins d'une huitaine, ses forces ont été entièrement rétablies.

Voici un autre cas non moins significatif.

Obs. IV. — M. Val..., âgé de 19 ans, grand, d'une constitution sèche et assez robuste, se sentait de malaise depuis plusieurs jours, lorsque, sans cause appréciable, dans le commencement de septembre de cette année, surgissent chez lui tous les symptômes d'un violent rhumatisme articulaire. Le mal occupe les membres inférieurs et les poignets, et les douleurs sont si intenses, surtout aux hanches, qu'elles condamnent les parties atteintes à une immobilité absolue. La peau est sèche et brûlante ; le facies altéré, livide ; le pouls petit, serré, marquant 124 ; il y a de l'anxiété et une oppression due en partie à une bronchite antérieure. Le gonflement, du reste, n'est pas en rapport avec l'acuité des souffrances.

Immédiatement une large saignée est faite, et je prescris gomme sucrée et bourrache, julep avec 30 gouttes de teinture de colchique, cataplasmes anodins.

Dès le lendemain, une grande amélioration s'est manifestée. Du sommeil avait eu lieu pendant quelques heures de la nuit, les jambes pouvaient être remuées, et le pouls était descendu à moins de 100. Trois ventouses scarifiées sont posées sur l'un des genoux ; les tisanes, les cataptasmes et le julep, sont continués.

Le troisième jour, la fièvre a beaucoup baissé encore, le pouls est au-dessous de 80 ; il ne reste plus que les genoux un peu douloureux et tuméfiés. Même traitement, moins les émissions sanguines ; applications chloroformiques.

Le quatrième jour, tous les symptômes ont disparu, pouls à 64 : tisane et julep. Le chloroforme a produit une légère ustion.

Le cinquième jour, un refroidissement ramène la fièvre et le gonflement d'un poignet. Petite saignée, chloroforme, tisanes et julep.

Le sixième jour, nulle trace de la recrudescence ; bouillon, potages.

Dès lors on augmente progressivement la nourriture, et la guérison s'achève sans nouvel obstacle. A peine M. Val... est-il

en état de sortir de son lit, qu'une dernière occasion m'est offerte d'expérimenter la même médication.

Obs. V.— Mlle C..., 28 ans, fille de service, d'une assez forte constitution, à la suite du choléra dont elle a éprouvé l'an passé quelques atteintes, est demeurée un peu valétudinaire. Par les mauvais temps de la fin d'août, le dérangement devient plus sensible : le sommeil est mauvais, l'appétit manque, il y a des nausées et de petites coliques. Mlle C... n'avait cependant pas cessé de remplir ses fonctions. Vers le 15 septembre, après s'être levée comme à l'ordinaire, elle est obligée bientôt de reprendre le lit, poursuivie par des douleurs erratiques, et en proie à une fièvre prononcée. Faiblement combattus par un laxatif et des préparations calmantes, les accidents acquièrent de l'intensité durant la journée et le lendemain. Mandé le soir, voici l'état que je constatai :

Peau chaude et légèrement halitueuse ; pouls déprimé, à 125; ventre douloureux, ballonné ; nausées insupportables ; exaltation des idées faisant craindre le délire ; articulations inférieures rhumatisées, et provoquant des cris aigus au moindre mouvement, à la plus petite commotion ; gonflement pareil au coude droit.

Comme aux précédents malades, je prescrivis une saignée, des boissons émollientes, un julep avec 30 gouttes de teinture de colchique, etc. Les médicaments furent pris ; mais l'émission sanguine, objet d'une invincible répugnance, fut omise. Néanmoins, dès le lendemain, un amendement considérable se manifesta ; quelques heures de sommeil avaient eu lieu dans la matinée, le pouls n'était plus qu'à 72. Deux articulations inférieures seulement étaient demeurées un peu gonflées et douloureuses ; les symptômes abdominaux n'avaient point varié. Addition de l'eau de Seltz aux mêmes moyens.

Le troisième jour, l'amélioration est complète : jointures libres, pouls normal, sentiment de bien-être. Continuation de la médication, deux bouillons de poulet.

A partir de là, le mieux se maintient, l'appétit se développe, et bientôt Mlle C... retourna à ses occupations.

Ces observations sont trop peu nombreuses pour autoriser une conclusion positive. La teinture de colchique d'ailleurs, excepté dans un cas, n'a pas été employée seule. Il est rare cependant que l'on obtienne des résultats aussi prompts par les méthodes ordinaires, notamment par les évacuations sanguines. Celles-ci on le sait, ne guérissent guère avant un septénaire, et souvent il faut un beaucoup plus long temps ; tandis qu'ici l'affection,

dont l'intensité était incontestable, s'est dissipée en trois ou quatre jours. En confirmant des propriétés déjà reconnues par plusieurs praticiens, cette circonstance est assurément de nature à provoquer, au sujet du colchique, de nouvelles expérimentations.

D'après les traités de matière médicale, cette substance produit des coliques et des déjections alvines. Rien de semblable n'est survenu chez nos malades. Elle ralentit en outre les battements du cœur. Devrait-elle à cette action sédative ses vertus antirhumatismales ? Une telle question ne saurait, quant à présent, recevoir de réponse.

En comparaison des quantités prescrites par M. Monneret, les doses par nous administrées ont été faibles. Ceci mérite de notre part quelques remarques. De notre temps, on fait un grand usage des hautes doses : nous n'oserions qualifier cette méthode d'abus. Certaines organisations toutefois tolèrent difficilement l'emploi hardi des médicaments actifs. D'un autre côté, si nous en croyons notre expérience personnelle, l'efficacité des remèdes ainsi ordonnés ne serait nullement démontrée. Nous avons exercé dans un pays où les fièvres intermittentes sont fréquentes, et jamais, si ce n'est dans les fièvres pernicieuses, où nous la doublions, nous n'avons porté la dose du spécifique au delà de 45 centigrammes. Nos cures n'ont été ni moins rapides ni moins solides.

De même pour les applications extérieures du nitrate d'argent. Le collyre dont nous nous servons ne contient au maximum que 25 centigrammes de sel pour 32 grammes d'eau distillée, et nos résultats valent ceux des praticiens qui ont recours à la solution caustique.

Si les hautes doses l'emportent quelquefois sur les doses communes, celles-ci, à leur tour, procurent souvent des améliorations qu'on n'obtiendrait point avec les premières. Ceci n'expliquerait-il pas, indépendamment des suspensions forcées du traitement, les insuccès de M. Monneret ?

Le colchique se donne en vin, en vinaigre ou en teinture. Cette dernière, généralement préférée, se prépare avec le bulbe ou les semences, de ces deux formes, aucun essai n'a déterminé la meilleure. Comme nous avons indiqué la teinture sans désignation particulière, nous ignorons d'autant plus celle qu'ont prise nos malades, que les préparations ont pu différer selon les officines.

On a vanté tout récemment le chloroforme en topique contre les douleurs et gonflements articulaires. L'espérance que ce

moyen fait concevoir n'est point infirmée par la seule expérience que nous ayons tentée.

---

6. *Des effets du cathétérisme du tympan dans les névralgies*; par M. le docteur H. Desterne, ancien interne des hôpitaux.

Suite et fin : *voir* t. X, octobre 1851, p. 73.

(L'Union médicale, N° 46; 19 avril 1851.)

Névralgie cervico-thoracique.

Obs. XI.—M. E. D..., 22 ans, étudiant en médecine, tempérament lymphatique et sanguin, constitution moyenne, souffrait depuis plusieurs jours de douleurs très vives qu'il attribuait à un refroidissement. Ces douleurs suivaient une ligne qui, partant de l'apophyse mastoïde du côté droit, se prolongeaient verticalement sur la partie latérale du cou, aboutissaient à l'épaule droite, puis abandonnaient brusquement le membre supérieur pour descendre jusqu'à l'hypochondre du même côté. Il y avait en même temps de la fièvre, de l'oppression et une toux des plus fréquentes et des plus douloureuses par les secousses qu'elle imprimait à la poitrine.

M. E. D... savait que j'avais soulagé par le cathétérisme du tympan, le premier jour de ma découverte, un malade du service de M. Duplay, aux Incurables (hommes), et que ce malade se trouvait dans des conditions analogues à la sienne. Aussi me priait-il de lui pratiquer la même opération. Je m'y refusai d'abord parce que, dans cette première expérience, le soulagement n'avait duré que vingt minutes et que je savais bien ne pas être plus heureux. Enfin je me rendis et j'opérai.

Les douleurs que le malade ressentait dans toute la hauteur du cou disparurent instantanément. Vers le sommet de l'épaule, il n'existait plus qu'un seul point douloureux ; puis, du haut en bas du thorax, la douleur était d'autant moins vive qu'on s'éloignait moins du tympan. Vers le niveau des fausses côtes, elle n'était que très légèrement modifiée. Trois jours après, ce résultat s'était maintenu.

Un physiologiste qui commenterait ce fait n'en concluerait-il pas cette loi, que la modification du phénomène douleur est d'autant plus énergique, que le siége du mal est plus rapproché de l'oreille; en d'autres termes, que l'*influence exercée par le cathétérisme du tympan s'étend en raison directe du plus ou moins de proximité des parties douloureuses*, et suivant les différences d'impressionnabilité individuelle.

Toutefois, il est rare que cette influence ne s'étende pas jusqu'à l'estomac, et, par suite, que les organes de la respiration n'éprouvent pas une influence salutaire de la succession du tympan dans les affections nerveuses auxquelles ils sont si fréquemment sujets.

Sur les effets physiologiques du cathéterisme du tympan.

Obs. XII. — M. B..., représentant du peuple, m'est adressé par un de ses collègues que j'ai guéri d'un accès de migraine. M. B..., âgé de 40 à 45 ans, d'une constitution pléthorique, d'un tempérament sanguin, est sujet, depuis l'âge de 7 ans, à des accès de migraine qui se reproduisent tous les quinze jours, ou après un exercice violent, au retour de la chasse, d'un voyage sur mer, après un travail qui exige une attention soutenue, ou même par suite de la plus légère irrégularité de régime. Plusieurs personnes de la famille de M. B... sont affectées de la même maladie.

M. B... a servi dans l'artillerie de la garde nationale. *Il a remarqué que le bruit du canon lui guérissait un violent accès de migraine.*

J'opère le 7 mars, à la fin d'un accès. Chaque fois que l'extrémité du stylet arrive sur le tympan, le malade est pris d'un effort de toux convulsif avec vomissement de matières muqueuses. Je renouvelle peut-être dix fois l'opération et dix fois de suite le même phénomène se reproduit. Ces contractions spasmodiques des muscles de la respiration et de l'estomac, n'ont diminué de violence qu'à partir du moment où j'ai cessé de *toucher* la membrane pour l'effleurer avec l'extrémité de l'instrument. M. B... a éprouvé, en dernier résultat, un soulagement marqué; mais comme il approchait du moment où ses accès se terminent d'eux-mêmes, il me fut impossible d'attribuer exclusivement à l'opération l'amélioration qu'il parut en ressentir.

Je n'ai pas d'observations spéciales à présenter comme guérison des accès de *migraine*. J'ai bien souvenir de deux ou trois cas où les malades pris, quelques minutes avant l'opération, de nausées, d'envies de vomir et de céphalalgie, se mettaient gaîment à table pour réparer les forces dont la diète les avait momentanément privés; mais il me serait impossible de les citer avec détails. C'est une lacune qu'il serait important de combler.

Procédé et précautions opératoires.

On a vu dans quelles conditions j'ai opéré, toutes les fois qu'il

m'a été permis de déterminer à mon choix le moment de l'opération. Règle générale, il importe de toucher la membrane au moment de la plus grande intensité des douleurs. Si la douleur n'est que la manifestation d'un trouble fonctionnel dans le système nerveux, il est bien évident que cette opération, pratiquée avant ou après, ne peut être qu'une expérience sans utilité sinon dangereuse. D'autre part, l'opérateur et le malade seront d'autant plus satisfaits qu'ils se trouveront dans les conditions que je prescris. La guérison en est elle-même plus solide et plus durable.

Dans tous les cas, le malade doit être prévenu de la sensation qu'il va subir afin d'éviter qu'il fuie devant l'instrument ou qu'il fasse un mouvement inconsidéré qui exposerait à la perforation du tympan ou à de plus graves désordres ; il faut l'avertir qu'il n'éprouvera pas une douleur vive ; de son côté, l'opérateur doit toujours se tenir en garde et s'attendre à tout événement. Il évitera tout danger s'il dirige assez délicatement l'extrémité mousse du stylet, de manière à ne pas craindre qu'il lui échappe des mains au moindre choc qui lui serait involontairement imprimé.

Je n'indique pas comme un obstacle à l'opération la forme si variée qu'affecte le conduit auditif externe, il suffira le plus souvent de tirailler sur le pavillon de l'oreille pour démasquer l'ouverture de ce conduit au fond de la conque, et alors l'instrument ira de soi.

L'opération terminée, le malade ressent pendant quelques minutes une douleur vague, derrière l'oreille, au-dessous du lobule et dans l'intérieur de l'oreille moyenne, cette douleur s'épuise en fort peu de temps, je le répète, quand l'opération a été convenablement faite. Si la main s'est appesantie au contraire plus qu'il n'est utile, on expose assez souvent l'opéré à des sensations très désagréables de l'ouïe ; à des bruits de sifflement et à des bourdonnements insupportables. Ces bourdonnements cèdent à un nouveau cathétérisme, si l'on y procède avec tous les ménagements possibles.

Une disposition anatomique qui expose souvent à provoquer le petit accident que je signale, c'est une grande différence de structure entre les deux membranes d'un même sujet. Ainsi, tandis que d'un côté le tympan présente un certain degré de résistance et de tension, l'on rencontre assez fréquemment du côté opposé la membrane sèche comme du parchemin. Dans ce dernier cas, elle est aussi moins tendue, comme plissée, et parfois

l'organe en est plus sensible. Savart a parlé déjà de cette dernière particularité.

Une autre cause d'erreur à éviter dans le cathétérisme du tympan, c'est de laisser s'interposer entre l'extrémité de la membrane une couche de cérum assez épaisse ou tellement solidifiée, qu'elle paralyse en partie l'action du stylet. On conçoit aisément la conduite à tenir en pareille circonstance.

Il n'est pas indifférent, dans tous les cas, d'opérer sur un point quelconque de la surface du tympan. Le lieu d'élection que l'expérience m'a indiqué, est situé en arrière et en bas, au point où la corde du tympan pénètre dans l'oreille moyenne.

Les douleurs d'oreille ne sont pas une contre-indication au cathétérisme du tympan. L'*otalgie* n'est qu'un accident névralgique. Il disparaît tout aussi bien que les douleurs des autres parties de la face.

Cependant si, par suite d'opérations répétées, l'oreille devient plus sensible, le tympan plus impressionnable, on peut laisser deux ou trois jours d'intervalle avant d'exercer de nouveau le toucher de la membrane.

Car on peut être obligé de pratiquer le cathétérisme du tympan plusieurs fois par jour et deux et trois fois de suite, pour arriver à un résultat. Les névralgies, qui sont de date très ancienne, résistent beaucoup plus et se montrent plus fréquemment rebelles. Toutefois, je n'ai pas rencontré un seul cas que l'opération n'ait favorablement modifié dans les névralgies de la tête, et je suis porté à croire que celles qui n'ont pas guéri, dépendent d'une altération des nerfs.

L'âge adulte paraît être une condition favorable au résultat de l'opération. Il est probable que les lésions particulières à cet âge offrent aussi moins de tenacité.

Toutes choses égales d'ailleurs, plus les caractères névralgiques sont vigoureusement accusés, plus les douleurs sont vives, plus les chances sont favorables. La permanence des douleurs est encore d'un bon augure pour la guérison. Les deux ou trois cas de névralgies de la tête, que la succussion directe du tympan n'a pas dissipés depuis que j'ai commencé mes expériences, étaient remarquables par l'irrégularité de la douleur ; elle apparaissait sept ou huit fois par jour à intervalles très inégaux, et durait chaque fois une minute au plus.

Le cathétérisme du tympan n'exclut pas l'usage de médicaments qui seraient indispensables au maintien de la guérison, comme le mercure dans une névralgie syphilitique ou le sulfate de quinine dans une névralgie intermittente.

J'ai démontré par quelques faits que, dans les névralgies dentaires qui s'accompagnent d'inflammation de la gencive et de la bouche, la douleur ne disparaît pas entièrement; il en est de même de toutes les névralgies de la tête, de la poitrine, etc. Aussi, le cathétérisme du tympan ne réussit-il que faiblement à diminuer la céphalalgie qui accompagne le coryza ; tandis que toutes les céphalalgies idiopathiques provoquées par une cause morale, un refroidissement subit ou par une attention trop longtemps soutenue, etc. ; toutes, et sans exception, disparaissent comme par enchantement.

Je termine. Je n'ai pas la prétention de livrer aujourd'hui un travail complet. Par les faits qui précèdent, j'ai voulu démontrer l'action du cathétérisme du tympan sur les nerfs de la sensibilité. Mais s'il est vrai, comme les belles expériences de M. Longet le prouvent, que la corde du tympan soit un nerf mixte, sensible et moteur tout à la fois, l'ébranlement de ce petit cordon nerveux devra se transmettre aussi bien aux nerfs qui président aux mouvements de la face qu'aux nerfs de la sensibilité. Cette présomption, que le raisonnement indique, se confirmera peut-être. J'ai recueilli plusieurs observations qui me le font espérer ; cependant, comme elles sont en très petit nombre, je m'abstiendrai de les reproduire. Il faut attendre du temps et de l'expérience qu'elles acquièrent plus d'autorité.

---

7. *Sur l'application pratique du collodion contre les phlegmasies*; par le docteur Robert-Latour.

(Revue médicale, août 1851.)

En me demandant de tracer les règles techniques de l'emploi du Collodion contre les phlegmasies, vous avez parfaitement compris qu'une médication, si heureuse et si sûre qu'elle soit, ne saurait avoir de succès qu'autant que les conditions auxquelles s'en emprunte la puissance, se trouvent parfaitement remplies. Ces conditions ici relèvent toutes de l'élément vital auquel est subordonnée la maladie même. Je ne cesserai de le répéter, la production exagérée du calorique animal, dans un point plus ou moins circonscrit, est le phénomène initial, essentiel de l'inflammation ; c'est l'inflammation même. C'est l'inflammation même, car l'afflux du sang que traduisent la rougeur et la tuméfaction, n'est que le résultat physique, immédiat et fatal de l'ascension locale de la température organique ; la dilatation du sang, et par

suite l'accroissement de calibre des tuyaux élastiques dans lesquels chemine le fluide, en font tous les frais. Attaquer la chaleur animale là où elle est en excès; enchaîner cet acte vital, mobile de la maladie est donc l'indication la plus directe et la plus pressante ; et cette indication, la prompte réfrigération des animaux qu'on a revêtus d'un enduit imperméable, nous apprend à la remplir. Ainsi ma médication aura seulement pour objet de garantir du contact de l'air, une région de la peau, pour enlever, dans ce point, à la chaleur animale, une de ses conditions essentielles. Rester en deçà, c'est-à-dire revêtir imparfaitement la surface sur laquelle on opère, c'est méconnaître le principe et manquer le but. Aller au-delà, c'est-à-dire employer un agent qui joigne à la faculté d'isoler la peau, d'autres propriétés, c'est compliquer sinon changer la médication, et compromettre encore le résultat. De tous les agents auxquels j'ai eu recours, c'est le collodion qui a le mieux répondu à ma pensée ; le collodion si parfaitement imperméable, si adhérent à la peau ; et ce topique néanmoins est encore loin d'être irréprochable.

Je ne vous parlerai pas des vices de formule ou de confection qui rendent complétement nuls les effets du remède ; bien que certains médecins aient cru devoir rejeter sur ma méthode de traitement, les revers qu'une telle imperfection leur a fait essuyer. Je suppose le collodion convenablement préparé, doué de propriétés adhésives très prononcées ; alors vous aurez dans la main, un moyen puissant de réprimer l'inflammation ; mais aussi un moyen à l'emploi duquel s'attachent de graves inconvénients qu'il faut éviter ou corriger. Une fois étendu sous forme d'enduit, le collodion comprime, étrangle la peau, et détermine parfois tellement de douleurs et d'agitation qu'on se trouve dans la nécessité d'y renoncer.

J'ai vu des malades à peau fine et délicate, préférer à cette nouvelle souffrance, la souffrance et la durée ordinaire de leur affection. Je dois dire qu'une telle intolérance est exceptionnelle ; toutefois, quand je l'ai rencontrée, ne voulant point abandonner la médication isolante, j'ai remplacé le collodion, soit par l'axonge rendue consistante au moyen de l'amidon ; soit par un soluté de gomme ou par le miel, revêtus l'un et l'autre de fécule, une fois étendus. Ce n'est pas tout : en se rétractant, l'enduit ulmiéthéré se rompt ; et, dans les interstices qu'il laisse, on voit fréquemment surgir l'inflammation, et jusqu'à les phlyctènes, phénomène douloureux qui se répète encore aux limites de l'application ; et qui sans doute est produit par les aspérités du collodion desséché. Certes, ce sont là des inconvénients sérieux aux-

quels il importe de remédier, non seulement pour éviter la souffrance, mais encore pour assurer le succès; car en s'adressant au collodion, il faut ne point oublier que ce topique dépourvu de toute vertu dynamique, ne possède contre l'élément inflammatoire qu'une propriété négative, celle d'isoler complétement de l'air, la région de la peau qui en est revêtue ; et qu'ainsi ce serait en vain qu'on prétendrait au résultat désiré, si, négligeant la condition même de la médication isolante, on ne comblait avec soin toutes les fissures qui d'ordinaire se produisent peu de temps après l'application de l'enduit. On prévient parfois une fissure, on en borne au moins la largeur, en tendant la surface qui doit recevoir le topique ; et la peau alors, revenant sur elle-même, diminue de dimension et peut ainsi maintenir ses rapports avec l'enduit rétracté. Plus la région est mobile et plus cette précaution est utile ; et c'est principalement autour des articulations que j'en ai tiré avantage ; malheureusement cette pratique n'est pas toujours possible.

Quoi qu'il en soit, pour bien atteindre le but de la médication, on aura soin de revêtir la région enflammée ou correspondante à la phlegmasie, de plusieurs couches de collodion que l'on étendra successivement, la prompte dessication aidant, avec un pinceau de charpie. D'ordinaire j'enroule pour cet usage, un morceau de linge de 20 centimètres sur trois, autour d'une petite tige, d'une allumette par exemple, en laissant dépasser ce linge d'un centimètre. Avec ce pinceau improvisé j'étends trois ou quatre couches de l'enduit, ayant soin de dépasser les limites de la région affectée. Si toutefois on prévoit un accroissement de volume de la partie malade, par une tuméfaction en voie de progrès, il est prudent de n'appliquer l'enduit qu'en une couche légère, afin de faciliter les ruptures qu'on a soin de réparer aussitôt. De telles précautions garantissent bien le succès de la médication, mais n'empêchent point le collodion d'irriter douloureusement la peau, sur les limites de l'application. Cet inconvénient, c'est par des onctions d'huile, d'axonge, de cérat ou de tout autre corps gras, qu'on y obvie, onctions qui, répétées deux ou trois fois par jour, entretiennent la souplesse de l'enduit et le font supporter plus longtemps. Toutefois, quelques mesures qu'on prenne, rarement le collodion est bien supporté au delà de quarante-huit heures ; et, le plus souvent, après ce laps de temps, les douleurs et l'agitation succèdent au calme, premier fruit de la médication. Il est vrai que d'ordinaire ce temps suffit à la guérison, au moins dans la plupart des affections aiguës ; ce qui permet de délivrer le malade. Mais les affections chroniques réclament un traite-

ment beaucoup plus long ; et pour le faire supporter, il est de toute nécessité de renouveler l'enduit de deux en deux jours. Les onctions grasses, fidèlement pratiquées; suffisent à maintenir l'enduit, dans un état de consistance molle, qui permet de le détacher par une légère traction, sans offenser la peau. Si pourtant on éprouve quelque difficulté à cet égard, elle est aisément levée par un cataplasme de farine de lin laissé plusieurs heures en place. C'est par un tel traitement soutenu avec persévérance pendant deux mois, que je viens encore de subjuguer une Ovarite fort douloureuse, dont le début remontait à une date très éloignée. En prévenant ainsi les inconvénients du collodion, par les onctions grasses ; en ramollissant cet enduit par les cataplasmes, pour en dégager la peau et la revêtir d'une nouvelle couche, on n'oubliera pas de bien essuyer la surface sur laquelle doit être étendu cet agent ; car le collodion, ne saurait adhérer là ou se rencontre de l'humidité. Sans doute il serait mieux de posséder un topique imperméable, d'un emploi facile, doué de beaucoup d'élasticité, dénué de toute action irritante, et tout à la fois pourvu de fortes propriétés adhésives. Mais, tel qu'il est, le collodion, quand on sait en diriger l'emploi, constitue encore un excellent agent, qui répond avec assez de bonheur aux conditions de la médication isolante ; et qui a accompli ainsi les guérisons les plus éclatantes, avec une promptitude qui n'est pas sans prestige.

Tels sont bien, mon cher confrère, les renseignements que vous réclamez de moi. Si vous ne les jugez pas suffisants, vous n'avez qu'un mot à dire ; ma plume appartient à la science, comme vous appartiennent à vous-même les sentiments d'affection et d'estime profonde de votre confrère tout dévoué.

---

8. *Du traitement rapide de la gale* (*guérison en deux heures*) ; par le docteur Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Gazette médicale de Paris, N° 38 ; 1851.)

Avertie par l'un de nos collègues de l'Académie, M. Michel Lévy, membre du Conseil supérieur de santé, l'autorité militaire s'occupe en ce moment de l'application, à l'hôpital du Gros-caillou, du traitement de la gale d'après l'ancien procédé d'Helmerich communiqué en France, dès 1812, par notre collègue M. Burdin, et renouvelé et perfectionné tout nouvellement dans les salles des galeux de l'hôpital Saint-Louis par nos savants et excellents confrères, MM. Bazin et Hardi.

Bien que quelques journaux de médecine aient déjà indiqué ce perfectionnement, les praticiens nous sauront gré d'entrer dans quelques développements à cet égard. Il s'agit d'une maladie populaire qui tendait sans cesse à se propager et à s'étendre et qui serait restreinte bientôt dans de très étroites limites, si les espérances qu'ont fait naître les expériences de notre collègue M. Hardi venaient à se réaliser.

Les médecins du siècle dernier (et ce préjugé résiste encore aujourd'hui aux lumières de la science) croyaient assez généralement que la gale reconnaissait une cause humorale qui pouvait donner lieu à l'évolution spontanée de la maladie, l'entretenir, la reproduire, amener des accidents de rétrocession ou de répercussion, laisser des traces plus ou moins profondes dans l'économie après la disparition de l'éruption, etc.

Lorry lui-même, auteur si savant et praticien si expérimenté, hésitait encore à adopter complétement les idées de *R. Mead* qui, se fondant sur la présence incontestable de l'*acarus* mise hors de doute dans la lettre de *Cosimo Bonomo* à *F. Redi*, affirmait que la gale était une éruption locale de cause externe et devait être seulement combattue par des topiques.

En vain les expériences de Galès à l'hôpital Saint-Louis (1812) avaient de nouveau confirmé l'existence de l'*acarus* de la gale, en vain *Biett* et *Alibert* (bien qu'ils n'eussent point su rechercher eux-mêmes l'*acarus*) avaient adopté l'opinion que la gale était une maladie locale et qui ne nécessitait point d'autres remèdes que les topiques, le préjugé persistait dans l'opinion populaire et même dans celle de beaucoup de médecins...; bien plus, on contestait l'existence de l'*acarus*, et un médecin de l'hôpital Saint-Louis n'avait pas craint de porter une sorte de défi à celui qui serait assez habile pour le rencontrer.

Les choses étaient en cet état, lorsqu'en 1834, sous les yeux de mon prédécesseur *Alibert*, un étudiant corse, M. *Renucci*, retira l'*acarus* des sillons qui le contiennent sur plusieurs galeux réunis à la consultation publique de l'hôpital Saint-Louis. Depuis lors, beaucoup d'expériences directes ont prouvé que l'*acarus* était la véritable cause de l'éruption.

Cependant, comme je l'ai démontré dans mon *Traité pratique des maladies de la peau*, cette découverte n'apporta pas grande modification au traitement de la gale, puisque déjà on la combattait avec succès par des topiques propres à détruire l'*acarus*.

Voici d'ailleurs les conclusions dans lesquelles je résumais, dix ans plus tard, un article sur la *gale*, inséré dans le numéro de juillet 1845 du *Journal des connaissances médico-chirurgicales* :

1° La gale est une maladie accidentelle et de cause externe, qui ne saurait se développer ni se reproduire *spontanément*, mais qui est toujours communiquée par contagion. Elle ne peut laisser après elle aucune altération dans les humeurs, ne réclame aucun remède interne et guérit radicalement par le seul emploi de quelques topiques. Les dangers attribués à la gale dite *rentrée* ou *répercutée* n'existent que dans l'imagination des malades trompés par des théories fausses et ridicules.

2° La forme, le mode de développement, le siége d'élection, la propagation successive à certaines régions du corps bien déterminées de l'éruption de la gale, sont la base la plus sûre du diagnostic (il convient d'y ajouter la recherche de l'*acarus* dans les sillons de l'intervalle des doigts et de la face palmaire du poignet); ce diagnostic peut devenir difficile dans le cas de complications (papuleuse, eczémateuse, ecthymateuse, impétigineuse).

3° Les topiques les plus sûrs, les innocents et les moins coûteux pour guérir la gale sont aujourd'hui, comme au temps de *Celse*, les sulfureux.

Le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie* (numéro de février 1813) contient le mémoire de M. Burdin sur le traitement rapide de la gale communiqué par Percy.

M. Burdin, médecin de l'hôpital militaire de Groningue, en 1812, rapportait qu'un Hollandais, *Helmerich*, chirurgien au 125e régiment de ligne, était possesseur d'une pommade (qu'il tenait secrète) avec laquelle on pouvait guérir la gale en moins de quarante-huit heures. Voici comment ce traitement fut exécuté à l'hôpital sous les yeux de M. Burdin :

1° Bain de propreté dans lequel, au moyen d'un morceau de savon vert, une friction générale destinée à nettoyer tout le corps et à déchirer les sillons et vésicules était faite sur toute la peau, les galeux s'entr'aidant mutuellement à cet effet. Cette friction devait durer une demi-heure.

2° Le lendemain matin, friction générale avec la pommade (dont la composition sulfuro-alcaline fut ultérieurement révélée par les soins de M. Burdin) répétée trois fois dans le cours de la journée, à quelques heures de distance.

3° Le jour suivant le malade prenait un second bain de propreté avec friction savonneuse et était renvoyé guéri. MM. Burdin, Percy, Biett et généralement tous les médecins français qui essayèrent de ce traitement méconnurent, à ce qu'il paraît, la véritable indication du procédé qui devait être la destruction subite de l'*acarus* dans tous les points où on pouvait le supposer, et at-

tachèrent surtout de l'importance à la multiplication des frictions dans un court espace de temps : d'où les inconvénients signalés par *Biett* et le prompt abandon du procédé expérimenté une première fois dans les hôpitaux militaires, à cette époque, sur les indications de Percy (1812 et 13).

On conçoit, en effet, que des frictions irritantes, rudes, générales et repétées, devaient facilement provoquer des éruptions inflammatoires secondaires qui retardaient beaucoup la guérison du malade.

De plus, même chez ceux qui n'éprouvaient point ce genre d'accidents, on ne croyait point à la guérison entière tant qu'il restait des vésicules aux divers points d'élection, tandis qu'aujourd'hui ces vésicules ne sont considérées que comme des traces de la maladie, destinées à s'effacer d'elles-mêmes, sans aucun traitement, et dépourvues de tout caractère contagieux.

C'est là surtout ce qui caractérise le progrès réel que notre collègue M. Hardi a fait subir au procédé d'Helmerich et de M. Burdin, renouvelé avec succès dans les salles de l'hôpital Saint-Louis par son prédécesseur M. Bazin, aujourd'hui chargé d'une autre division du même hôpital.

M. Hardi croit qu'il suffit d'un traitement *de deux heures* pour affranchir la gale de toute propriété contagieuse, et pour permettre ensuite, l'*acarus* étant détruit dans les sillons qui le recèlent, la disparition spontanée des petites boutons vésiculeux, qui ne sont qu'un effet destiné à céder après la destruction de la cause.

Si les idées de MM. Bazin et Hardi se confirment (et jusqu'ici les résultats d'une expérience déjà assez étendue semblent tout en leur faveur), je crois que l'on pourra simplifier encore le procédé, et que, surtout chez les femmes, chez les individus de la classe aisée, on pourra, au lieu de frictions étendues à toute la surface du corps, se borner à attaquer dans les points d'élection (l'intervalle des doigts, la face palmaire des poignets, le pli du bras, les aisselles, le devant du tronc, les jarrets) les boutons et surtout les *sillons* (toujours très visibles à l'œil nu), tant avec la friction savonneuse qu'avec la friction sulfureuse, évitant ainsi plus sûrement encore et les désagréments et les inconvénients des frictions générales.

Voici d'ailleurs comment on procède aujourd'hui dans la salle des galeux de l'hôpital Saint-Louis, et très incessamment, sur la demande de M. Hardi, les malades ne seront plus admis à l'hôpital, mais seulement reçus au traitement externe, où on les

renverra après les *deux heures* consacrées à l'application de la méthode.

Le malade est conduit au bain ; il se déshabille et subit une friction générale d'une demi-heure de durée avec le savon noir ; il se plonge ensuite dans un bain simple, où il continue de se nettoyer la peau durant une heure. A sa sortie du bain , on le ramène dans la salle, et là, dans un cabinet disposé à cet effet, aidé d'un de ses camarades, il subit une nouvelle friction générale d'une demi-heure, mais cette fois avec la pommade sulfuro-alcaline.

Cette pommade, employée depuis plus de trente ans à l'hôpital Saint-Louis pour le traitement de la gale, se compose de huit parties d'axonge, deux parties de fleur de soufre et une partie de sous-carbonate de potasse.

Après cette friction, le malade examiné est renvoyé guéri, bien qu'il reste parfois des vésicules intactes assez nombreuses aux mains et ailleurs.

Mais M. Hardi affirme que sur plusieurs centaines de sujets, c'est à peine s'il a eu à constater deux ou trois récidives, tandis qu'elles étaient assez communes quand on se bornait aux frictions partielles des mains. Il croit encore (et je partage cette opinion) que le nombre des galeux a diminué considérablement depuis que la rapidité de la guérison a permis d'admettre au traitement tous les galeux qui se présentent, et empêché par conséquent la propagation du mal qu'entretenaient nécessairement au dehors les sujets dont on était obligé, par défaut de place, de différer l'admission.

Pour ma part, je déclare, qu'ayant assez souvent admis dans mes salles des femmes et des hommes qui s'étaient vus ainsi refusés dans la division de la gale, je n'ai jamais non plus observé de récidive, bien que je n'eusse employé (concurremment avec les bains sulfureux et les fumigations sulfureuses), que les frictions partielles des mains et des poignets ; mais le traitement durait toujours au moins huit jours dans la gale simple. Dans la gale compliquée d'éruptions inflammatoires, je n'employais pas la pommade, je me bornais aux bains de mains et aux lotions de tous les points d'élection avec l'alcoolé de staphysaigre ou l'alcoolé de nicotiane (mêlé de moitié eau), et alors le traitement durait au moins deux semaines. D'ailleurs, M. Hardi n'applique point non plus son procédé aux galeux chez lesquels existent des complications inflammatoires. Mais, s'il est bien démontré qu'après la destruction des sillons (et il y aurait encore la question de savoir, si en l'absence de ces sillons qui ne se rencontrent point chez tous les galeux, il n'y a plus de contagion à craindre), le

malade, peut être déclaré guéri sans qu'on ait à se préoccuper des boutons vésiculeux (ordinairement flétris et rompus à la vérité) qui subsistent encore..., le traitement, même par les frictions partielles, pourrait être beaucoup abrégé, et presque réduit à la courte durée de celui de MM. Hardi et Bazin.

Je ne parle point de la recherche et de la constatation *de visu* de l'*acarus scabiei*, comme seule base solide du diagnostic, et comme seul moyen d'arriver à la certitude de la guérison, parce que cette recherche ne laisse pas que d'être assez minutieuse et parfois assez difficile pour qu'on ne puisse exiger de tous les praticiens la constatation de ce signe infaillible.

En somme, le traitement de la gale réduit ainsi à sa plus simple expression, c'est au temps à confirmer la vérité du principe émis par M. Hardi, savoir que les vésicules apparentes de la gale ne sont qu'un effet qui se dissipe de lui-même quand la cause a été détruite.

---

9. *Examen critique de la médication émolliente et des remèdes béchiques et pectoraux*; par M. le docteur J. Delioux, médecin en chef de la marine, professeur aux Écoles de médecine navales.

Suite et fin : *voir* t. IX, septembre 1851, p. 48.

(L'Union médicale, Nos 96 et 97-98; 14 et 16-19 août 1851.)

Tout organe malade doit être soumis au repos, aussi bien le membre fracturé que le viscère lésé en quoi que ce soit. Quand l'appareil digestif, au-dessous du cardia, est malade, il faut donc le soumettre au repos, c'est-à-dire suspendre ses fonctions digestives. Mais sommes-nous bien sûrs que l'organisme soit capable de soutenir une diète, une diète *absolue* aussi longtemps que beaucoup de médecins le commandent dans le cours d'une maladie aiguë? Le mal nourrit dit un adage populaire; c'est une cruelle plaisanterie, car le mal débilite et tue, si ce n'est pas plutôt prendre le change sur les effets inaperçus du traitement. En effet, l'organisme troublé par une perturbation morbide un peu grave n'est plus incité par la faim, mais le besoin d'alimentation a-t-il cessé? Non, il est diminué, mais il n'est pas aboli; or, comme il n'est guère de malades auxquels on ne fasse consommer des quantités plus ou moins considérables de boissons gommeuses, amylacées, sucrées, etc., on les *soutient*, on les *nourrit* avec les principes ternaires non azotés de ces breuvages, ou bien on les empêche de se *dénourrir*; car, ou ces principes sont

des aliments respiratoires, comme l'a dit M. Liebig, et pendant que le poumon les brûle, l'économie ne subvient pas aux dépens de sa propre substance à l'entretien de l'acte respiratoire ; ou, comme l'a annoncé plus récemment M. Bocker et comme l'admet M. Cl. Bernard, ces principes, sortes d'aliments faux, ne nourrissent pas réellement, mais ralentissent le mouvement de décomposition, retardent et diminuent les déperditions organiques. Quelle que soit celle de ces deux opinions que l'on adopte, et je serais tenté de croire que la vérité est dans un moyen terme entre elles deux, il resterait toujours certain que les substances ternaires non azotées, nourrissant peu on ne nourrissant pas directement, assurent à l'individu la conservation des acquisitions antérieures du travail nutritif, et le protégent ainsi contre une débilitation excessive qui peut être la suite. tant de l'abstinence d'aliments plastiques ou azotés, que les moyens du traitement employés et des déperditions humorales provoquées ou naturelles.

Ainsi, avec les agents habituels de la médication émolliente, si l'on s'adresse aux maladies du tube digestif localisées au-dessous du diaphragme, on n'a aucun effet émollient à attendre quand la lésion est au-delà du lieu où l'absorption s'en empare ; dans les entérites placées au voisinage de la valvule iléo-cœcale, et à plus forte raison dans les cœco-colites, il est tout à fait illusoire de compter sur l'action modificatrice des boissons émollientes ; l'injection intestinale est le seul moyon de mettre les émollients en contact avec la muqueuse du gros intestin. Mais si la lésion était située au point même ou s'opère leur digestion, on pourrait penser à première vue que le cas serait bien choisi pour les prescrire ; rien, au contraire, ne serait plus irrationnel, et ce serait précisément dans ce cas qu'il faudrait s'en abstenir, sous peine d'encourir toutes les chances d'une contravation au précepte qui recommande de laisser en repos tout organe malade. Conséquemment, dans une inflammation de l'estomac, pas de boissons albumineuses ; dans une inflammation de la portion supérieure de l'intestin grêle, pas de boissons chargées de principes gommeux, amylacés, sucrés, d'émulsions grasses, car on ferait travailler les organes malades, on surajouterait à l'inflammation l'afflux congestif qui accompagne toute digestion. Et si l'on ne pouvait pas toujours prendre cette défense au pied de la lettre, que l'on convienne au moins qu'il serait parfaitement logique, dans ces derniers cas, de ne mêler à l'eau des potions et des tisanes que la plus petite quantité possible des substances digestives sur le théâtre même d'une inflammation préexistante.

Par les mêmes raisons, le régime auquel on soumet les malades au début de la convalescence des maladies aiguës, repose souvent sur les bases les plus irrationnelles ; si la maladie a eu son siége partout ailleurs que dans les organes digestifs, on peut recommencer l'alimentation par des substances ternaires non azotées, aliments respiratoires ou faux aliments, lorsque l'on craint de rallumer un foyer inflammatoire, d'exciter un mouvement fébrile, un molimen hémorrhagique, en ranimant trop tôt le travail nutritif; puis, lorsque ces craintes n'ont plus d'objet, on arrive à permettre les substances azotées, aliments plastiques par excellence. Mais lorsque la maladie a eu son siége dans les organes digestifs, suivant qu'elle s'est localisée dans l'estomac ou dans les intestins, il n'est plus indifférent de commencer par l'une ou l'autre de ces deux classes d'aliments, et logiquement il faut débuter par les substances ternaires quand la lésion était dans l'estomac ; par les substances azotées quand la lésion était dans le canal intestinal ; aussi est-il positif que dans la convalescence de tant d'affections qui ont eu leur siége anatomique dans les intestins ou qui se sont compliqués de troubles divers dans les fonctions de ces organes, diarrhée ou constipation, coliques, embarras saburral, etc., l'alimentation la plus convenable est celle qui n'exige que l'exercice des forces digestives de l'estomac, et qui se compose principalement de principes protéiques, tels que les bouillons *dégraissés*, les jus de viandes, les œufs, les pâtes d'Italie les plus riches en gluten, et mieux encore, le gluten granulé pur, excellente préparation alimentaire dont j'ai souvent constaté les avantages; dans ces cas là ce sont les aliments protéiques qui sont réellement les aliments les plus légers, c'est-à-dire les plus digestibles, et non comme on le pense, par un préjugé contraire, les féculents dont on empâte si libéralement les malades et les convalescents.

Dans la diététique comme dans la thérapeutique, il y a bien des idées préconçues et routinières à réformer.

Nous voilà donc bien loin du compte des médecins qui attribuent un rôle si important à la médication émolliente dans le traitement des affections des voies digestives. Là , comme dans le cours de beaucoup d'affections aiguës, les émollients n'ont fait bien souvent que sauver les malades des inconvénients d'une abstinence excessive ; et quant à leur action pharmacodynamique, elle s'est trouvée ce qu'elle devait être, complétement nulle.

Il est évident que si même dans les affections des voies digestives, la médication émolliente interne n'est pas toujours rationnellement indiquée, elle ne le sera jamais quand les organes

malades seront placés en dehors de la portée locale des principes émolliens. Il n'y a absolument que l'eau qui leur sert de véhicule qui continue à agir ; ce sont les boissons aqueuses seules, aidées par les degrés de température qu'elles importent dans l'économie, qui agissent comme émollientes, antiphlogistiques, délayantes ; dans les maladies des organes génito-urinaires, par exemple, c'est l'eau des tisanes, et non leurs principes amylacés ou gommeux que la digestion transforme et détruit, qui peut relâcher, adoucir les muqueuses enflammées, et, en étendant l'urine, rendre sur ces muqueuses son contact moins irritant ; c'est l'eau, enfin, dissolvant si général qu'il n'est pas de composé tellement insoluble qui, dans de certaines proportions ou à la longue, ne s'y désagrège, qui est le meilleur peut-être des lithontriptiques, ou dont l'action dissolvante, du moins, doit certainement être prise autant en considération que les transformations chimiques les plus séduisantes en théorie.

Est-ce à dire que l'eau pure est destinée à remplacer toutes les tisanes ? Non, sans doute ; froide, elle ne convient pas à tous les malades ; chaude, elle est nauséabonde ; en relevant sa sapidité par des principes sucrés, féculents ou aromatiques, on la rend plus agréable à boire ; ces principes, et surtout un certain degré d'élévation de température, favorisent aussi sa digestion, la rendent plus promptement et plus facilement absorbable.

Voyons maintenant si l'utilité des émollients est moins contestable dans le traitement des affections des organes respiratoires, où leur usage est si vulgaire qu'il mérite d'être plus sévèrement examiné. Eh bien ! nous le dirons immédiatement, les émollients ont une influence encore plus douteuse sur les lésions des bronches et des poumons que sur celles des voies digestives, et nul médicament n'a moins de droit qu'eux aux titres de béchiques et de pectoraux, sous lesquels on les a mêlés bien à tort avec d'autres médicaments plus sérieux et plus efficaces.

Comment, en effet, des substances protéiques et gélatineuses, comme la chair des limaçons (1), le mou de veau ; comment la gomme, le mucilage, la fécule ou le sucre, pourraient-ils avoir une action dynamique sur l'appareil respiratoire *malade* ? Ce sont des aliments ; les composés protéiques et gélatineux, plus ou moins modifiés, entrent en assimilation ; la fécule et le sucre sont plus complétement métamorphosés, se traduisent dans la

(1) D'après les expériences de M. Figuier, les propriétés médicinales du limaçon seraient dues à un principe soufré spécial, l'hélicine.

digestion en glucose, dans le sang en acides formique et lactique, et ultérieurement en acide carbonique ; les gommes paraissent être l'objet de métamorphoses pareilles ; c'est-à-dire que dans la digestion et dans l'absorption des principes du premier groupe, comme dans la digestion et l'absorption des principes du second groupe, il se passe purement et simplement une succession de phénomènes réguliers, normaux, n'ayant que d'intimes rapports avec le travail nutritif, et dans lesquels il est impossible de discerner rien qui appartienne à une action pharmaco-dynamique : c'est-à-dire, enfin, que partout l'action émolliente ne peut être invoquée que comme action topique, et que là où cette action émolliente topique ne peut pas s'exercer, la médication émolliente n'a pas de raison d'être. Or, les substances émollientes, après avoir franchi l'isthme du gosier, pénètrent dans le pharynx, glissent le long des gouttières postérieures du larynx, mais n'y pénètrent pas, et n'ont, par conséquent, aucun contact avec la muqueuse bronchique.

Toutefois, les substances gommeuses et sucrées ont un mode d'action topique qui s'exerce au fond de l'arrière-bouche et qui n'est pas sans influence sur certains symptômes des lésions de l'appareil respiratoire. Au début des maladies inflammatoires de cet appareil, lorsque la sécrétion des crachats n'est pas établie, au début de la phthisie, ou bien encore pendant toute la durée d'affections nerveuses dans lesquelles l'expectoration manque ou ne s'effectue qu'avec difficulté, on observe assez ordinairement une toux sèche, saccadée, plus ou moins quinteuse, qui fatigue les malades, et qui, par sa répétition même, augmente l'irritation qui l'a fait naître en ébranlant les bronches et les poumons. Il est incontestable que le passage fréquent de boissons mucilagineuses ou de particules gommeuses ou sucrées délayées par la salive, sur les parois de l'arrière-bouche, du pharynx, de l'orifice supérieur du larynx, calme et modère la toux, et facilite l'expectoration. Il est facile de s'expliquer ces résultats d'une action toute locale de la part des substances émollientes ; la sécheresse de la gorge est une cause permanente de toux, un obstacle à l'expuition complète des crachats ; les solutions mucilagineuses y portent remède en lubréfiant les muqueuses ; les pâtes gommeuses, les sucreries qu'on laisse fondre dans la bouche produisent aussi le même effet, mais en étendant en même temps sur tous les abords du canal aérifère tapissés par des membranes abondamment pénétrées de radicelles nerveuses, une sorte de vernis, de couche protectrice qui défend momentanément ces membranes contre l'impression de l'air extérieur,

promoteur incessant de la toux, si dans son passage il trouve les membranes arides et sèches, surtout quand sa température est basse et son courant rapide.

Mais ce ne sont là que des avantages temporaires obtenus par de simples palliatifs, et s'ils paraissent suffire, soutenus d'ailleurs par la mode ou par la fantaisie, dans le traitement de ces rhumes légers qui guérissent sans médication, leur impuissance saute aux yeux dès que l'on a affaire à des affections plus sérieuses, plus tenaces, qu'il faut attaquer par des médicaments ayant réellement une action dynamique qui retentisse sur les organes respiratoires et qui les modifie d'une manière positive dans leur état pathologique. D'ailleurs, la matière médicale n'est pas indigente à cet égard, et le nombre ne manque pas de médicaments sédatifs, narcotiques antispasmodiques, expectorants, etc., qui, bien maniés, rendent aux thérapeutistes habiles des services trop connus dans la pratique médicale pour que leur énumération intéresse par la nouveauté.

Après avoir fait la part des avantages restreints, mais seuls vrais, des substances émollientes dans les maladies des organes respiratoires, je dois dire quelle est la méthode générale que j'ai cru devoir substituer à la médication soi-disant émolliente dans ces affections qui, quoique souvent légères en apparence, menacent de revêtir un caractère plus grave, et qui ont pour type la bronchite ou le catarrhe, début et terme de la plupart des lésions nerveuses, phlegmasiques ou organiques de l'appareil de la respiration.

De toutes les causes qui engendrent ces lésions ou qui exaspèrent leurs symptômes, la plus fréquente, la plus active, c'est le froid. Or, si de l'étiologie des maladies surgissent les indications les plus nettes et les plus précises, il faut, dès le début de celles-ci, apporter dans la médication le calorique sous toutes les formes, pour trois raisons capitales : 1° parce qu'il est le contraire de la cause la plus fréquente ; 2° parce que judicieusement appliqué il est l'un des antiphlogistiques les plus puissants; parce qu'en accroissant la transpiration cutanée, il prépare et favorise l'une des crises qui jugent le plus promptement et les plus heureusement les affections de poitrine.

Ainsi, tout individu atteint d'affection de poitrine devra, non seulement porter des vêtements chauds, garder la chambre ou même le lit, selon le degré d'abaissement de la température extérieure ou l'intensité de sa maladie, mais de toute nécessité, au moins pendant l'état aigu, il devra boire des tisanes aussi chaudes que possible ; et ce précepte relatif à la température des tisa-

nes est tellement considérable, que s'il est observé, peu importera la nature des substances avec lesquelles elles seront préparées, que ce soit la gomme, l'orge, le gruau, les quatre fleurs, le sureau, etc., on pourra en laisser le choix au goût, au caprice des malades ; les meilleurs seront, non pas les substances émollientes qui n'ont aucune action sur les bronches ni sur les poumons, mais les plantes qui contiennent un peu d'une huile essentielle antispasmodique, comme le tilleul, la mélisse, etc. ; les deux agents les plus actifs de la médication seront l'eau, seul émollient réel à l'intérieur, et le calorique ; et pour modérer ces paroxysmes de toux qui reviennent si fréquemment le soir et pendant le sommeil, le meilleur de tous les loochs, de toutes les potions calmantes, c'est sans contredit une boisson chaude, une tasse de lait, le lait de poule, par exemple, ce looch de famille, que l'on prend au moment du coucher ; et combien de fois alors au réveil, après une transpiration abondante, un soulagement notable n'a-t-il pas été constaté !

Toutefois, si le malade n'est pas alité, s'il vaque à ses affaires, s'il n'a qu'une bronchite peu intense, il consommera dans la journée peu de tisane, et il ne lui sera pas toujours loisible de la prendre chaude ; ou bien, quoique gardant la chambre ou le lit, ne pouvant boire sans cesse, et il en est qui sont fort indociles à cet égard, il éprouve le besoin d'opposer un autre palliatif, à un sentiment de sécheresse ou de constriction de la gorge, à des quintes de toux, à la difficulté de l'expectoration, etc. Alors il a recours à l'un de ces nombreux remèdes béchiques ou pectoraux, dont le plus vulgaire et le moins cher, l'extrait de réglisse, vaut certainement tous les autres, et qui presque tous ont pour base la gomme et le sucre, quels que soient les noms dont on les décore ; les pâtes de guimauve et de jujubes, par exemple, ne contiennent ordinairement ni guimauve, ni jujubes, ce qui, du reste, ne leur ôte ni ne leur ajoute aucune valeur médicale ; que d'autres pâtes analogues contiennent réellement des pulpes de figues ou de dattes, du blanc d'œuf, de la gélatine, de l'amidon de lichen ou de sagou, etc., elles n'ont, en définitive, que les propriétés topiques et la nullité dynamique des substances émollientes les mieux caractérisées. Parmi les remèdes pectoraux, je ne dirai pas ceux qui ont conservé le plus de vogue, mais ceux qui méritent le plus de confiance, contiennent en outre de ces éléments accessoires des principes réellement médicamenteux, tels que les baumes, l'ipécacuanha, la thridace et l'*opium surtout,* dont la dose ni la présence même ne sont pas toujours avouées, et qui ne devrait jamais entrer dans la composition

d'un remède que dans des proportions rigoureusement et publiquement connues.

Puisque l'on ne peut traiter toutes les bronchites par les tisanes, ou plutôt par l'eau chaude, puisque même dans les maladies de poitrine les plus graves, après un traitement énergique ou en même temps que lui, on a besoin de modificateurs plus doux pour soutenir ou achever la cure, il faut faire un choix raisonné, et non empirique, parmi les agents de la matière médicale qui possèdent, d'un consentement à peu près unanime, une influence marquée sur les organes pectoraux ou sur les principaux symptômes qui accompagnent leurs maladies.

Eh bien ! après une longue observation clinique je suis arrivé à reconnaître que les substances qui produisaient le plus grand bien dans toutes les formes des maladies respiratoires, qui répondaient aux indications les plus générales, c'étaient les balsamiques ; que, d'un autre côté, les médicaments qui sans convenir nécessairement à toutes les formes, n'étaient nuisibles dans aucune, et dans plusieurs se montraient positivement utiles, c'étaient les sels alcalins : heureuse concordance, car les baumes, mélanges d'huiles essentielles, de résines et d'acides, ne peuvent être facilement digérés et absorbés, dans leurs principes résineux surtout, qu'autant qu'ils sont réactionnés par des alcalis. L'union des sels alcalins et des substances balsamiques, rationnelle en théorie, a eu entre mes mains dans l'expérimentation clinique des résultats tout à fait probants, et incontestablement plus avantageux que l'emploi des substances balsamiques, isolées. D'ailleurs si, niant le procédé naturel de l'absorption des balsamiques ou ne s'en préoccupant guère, un praticien voulait cependant les prescrire, à quelque autre mode d'administration qu'il donnât la préférence, il aura infiniment moins de chances de les voir réussir ; en effet, amalgamés en pilules ou en bols avec la gomme et le sucre, les baumes forment de véritables balles difficilement attaquées par les sucs digestifs, et qui traversent le tube intestinal en grande partie indigérées ; voudra-t-on les suspendre dans les loochs ou dans les potions ? Ils leur communiquent une saveur âcre et piquante qui les rend désagréables et les fait refuser par la plupart des malades; enfin s'en tiendra-t-on au sirop et aux pastilles de baume de Tolu du Codex ? Ces préparations contiennent une si petite quantité de principes balsamiques que leur emploi ne peut être équivalent à celui du baume de Tolu pur.

Par suite de ces considérations, j'ai associé les balsamiques avec les bi-carbonates alcalins. J'ai donné la préférence au baume

de Tolu comme étant d'un goût plus agréable, et parce que, à la différence de celui du Pérou qui ne contient que de l'acide cynamique, et du benjoin qui ne contient que de l'acide benzoïque, il réunit ces deux acides et contient comme le baume du Pérou et le benjoin, des résines électro-négatives ; j'ai préféré aux carbonates les bi-carbonates alcalins, parce que ces derniers ont une saveur beaucoup moins prononcée et une action topique infiniment moins forte que les premiers. En faisant un mélange de baume de Tolu et de bi-carbonate de soude, avec l'intermède du sucre et d'un mucilage de gomme adragante, j'ai acquis facilement la preuve qu'une réaction chimique s'établissait entre les principes électro-négatifs du baume et la base du sel; la masse, en effet, prend une texture bulleuse, et crève ça et là à la surface, par suite du déplacement de l'acide carbonique, et la solution aqueuse de ce mélange dépose une moindre quantité de résine insoluble que la solution aqueuse du baume seul. On a donc pour résultat des composés solubles et absorbables, cinnamate, benzoate et résinates de soude, et s'il reste encore en dehors de ces combinaisons une certaine quantité de baume de Tolu et de bi-carbonate de soude, le premier a bien plus de chances d'être rendu assimilable sous l'influence de l'excès de sel alcalin qui est en même temps apporté dans les sucs digestifs.

Cette formule peut s'exprimer ainsi :

Baume de Tolu.	2 parties.
Bi-carbonate de soude. . . .	1 partie.
Gomme adragante et sucre. .	s. q.

J'ai fait donner à la masse la forme de pastilles ou de tablettes qui fondent facilement dans la bouche, et qui, malgré une saveur balsamique qui ne plaît pas à tous les individus, est cependant, grâce à une forte proportion de sucre, tolérée par la plupart. Rien n'est plus simple, d'après le poids qu'on a donné aux tablettes, que de calculer la quantité de baume de Tolu qu'elles contiennent; l'on en prescrit le nombre nécessaire pour équivaloir de 1 à 4 grammes de baume pur par jour ; et comme c'est là un médicament dont l'abus même n'offre aucun danger, on peut le laisser à peu près à la discrétion du malade.

A côté de ces tablettes, que j'appellerai *balsamo-sodiques*, j'en signalerai d'autres qui ne sont qu'une modification des premières, et que j'en distingue sous le nom de *balsamo-ammoniques* ; elles sont conçues dans les termes de la formule-type que j'ai citée plus haut, avec cette différence qu'au lieu de contenir du bi-car-

bonate de soude, elles contiennent du bi-carbonate d'ammoniaque. Les avantages si marqués que j'ai obtenus de l'emploi des composés ammoniacaux dans les affections de poitrine, m'ont donné la pensée de les associer aux balsamiques; au lieu d'employer ici le sesqui-carbonate d'ammoniaque médicinal, qui a une saveur urineuse désagréable et une action topique très irritante, j'ai fait choix du bi-carbonate, qui n'a aucun de ces deux défauts; sel inusité, et qui mérite d'être repris, si j'en juge par les bons effets que j'ai obtenus de son emploi. Je me suis servi, faute de mieux, du sesqui-carbonate ordinaire, préparé depuis longtemps et exposé à l'air, et ainsi converti en bi-carbonate; mais il vaudrait mieux préparer spécialement ce dernier sel, et s'assurer qu'il fût chimiquement pur.

Les tablettes ou pastilles balsamo-ammoniaques peuvent aussi être prises en assez grande quantité sans inconvénient; il est bon cependant d'en user plus discrètement que de celles préparées avec le bi-carbonate de soude, de n'en pas prendre de manière à consommer plus de 4 gram. par jour de bi-carbonate d'ammoniaque, de rester même à une dose très inférieure pour les enfants, et enfin de ne pas les continuer aussi longtemps que les composés balsamo-sodiques, en se rappelant que l'usage abusif et prolongé des sels ammoniacaux amène un état de dissolution des fluides et de débilitation générale qui dépasserait ici le but de la médication.

Je dirai incidemment : je crois qu'il y a des études très intéressantes à faire sur l'influence que pourrait exercer l'association des balsamiques et des sels de soude sur d'autres maladies que celles des organes respiratoires; et si les carbonates de soude ont par eux seuls une action si puissante dans plusieurs affections des organes digestifs et urinaires, les balsamiques, modificateurs, non seulement de la muqueuse broncho-pulmonaire, mais de toutes les muqueuses, pourraient bien renforcer l'action des alcalins dans les états pathologiques où ceux-ci sont employés avec avantage; l'acide benzoïque, par exemple, subit dans l'organisme animal une transformation remarquable, signalée par M. Ure, vérifiée par MM. Keller, Enderlin, Liébig, Pelouze, etc.; il se change en acide hippurique qui apparaît dans l'urine. Cette transformation aurait peut-être un retentissement favorable sur l'état pathologique du sang et de l'urine dans certaines diathèses calculeuses.

Je ne veux point élargir les proportions de ce travail en discutant le mode d'action des baumes; je dirai en quelques mots qu'ils sont des modificateurs très actifs du tissu muqueux, qu'ils

le modifient bien moins en le stimulant qu'en calmant l'éréthisme nerveux dont il peut être le siége, et surtout en dénaturant et en tarissant ses sécrétions catarrhales. Je répète que j'ai vu peu de médicaments agir avec plus de promptitude et d'efficacité sur les lésions des organes respiratoires.

Toutefois, il y a un appel fréquent à faire à d'autres agents dont l'utilité n'est pas moins incontestable : au kermès et à l'ipéca, par exemple, pour abattre les premiers symptômes inflammatoires et solliciter l'expectoration; aux stupéfiants, soit les solanées, soit l'opium, calmants énergiques, soit le lactucarium, hypnotique léger, pour appaiser les symptômes nerveux et procurer le bienfait du sommeil suspendu ou sans cesse interrompu par les toux opiniâtres. Je proposerais, en conséquence, d'ajouter à ma formule-type une quantité connue de kermès, d'ipéca, d'opium, de lactucarium, de manière à avoir ainsi une succession de préparations balsamo-alcalines officinales qui répondraient aux indications les plus ordinaires des affections de poitrine.

Que l'on croie bien que je ne veux pas ici systématiser la thérapeutique de ces affections et arrêter une médecine selon la formule applicable à tous les cas. Je sais à merveille tout ce qu'il y a d'individuel et d'inattendu dans les faits d'observation clinique, et que rien en thérapeutique ne peut être prescrit à titre absolu; je serais le premier à réagir contre le dogmatisme impérieux ou l'étroit empirisme, et le premier encore à reconnaître qu'il ne faut enchaîner l'initiative ni favoriser l'indolence de personne. J'ai peut-être le droit d'ajouter que j'ai largement expérimenté dans ma pratique les ressources de la matière médicale, et qu'alors je suis bien loin d'en vouloir restreindre les applications. Ce que me suis proposé, c'est de montrer l'inanité de certaines vues spéculatives en contradiction flagrante avec la physiologie ; de faire voir, pour animer et justifier la critique par un exemple, le temps que l'on perd à compter avec de prétendus remèdes béchiques et pectoraux qui n'atteignent que la superficie du mal, et enfin de mettre en opposition avec des méthodes incertaines et vicieuses une méthode rationnelle. Cette méthode ne pouvait être instituée comme elle l'a été que dans un service d'hôpital; là, opérant sur des éléments nombreux, faciles à comparer, j'ai essayé quels pouvaient être les vrais médicaments béchiques et pectoraux, et il s'est trouvé que ce n'étaient ni des bonbons ni des sucreries ; alors j'ai tenté une réforme dont l'aministration bénéficiait autant que les malades ; accordant peu d'importance aux tisanes, je supprimais les plus dispendieuses et je laissais à discrétion les plus communes qui,

moins flatteuses au goût, étaient consommées en fort petites quantités; je supprimais ou je diminuais le nombre des loochs et des potions gommeuses; puis, pour simplifier le service pharmaceutique, j'instituais des formules officinales telles que celles dont j'ai fait connaître les bases et dans lesquelles entraient des substances réellement actives, de vrais médicaments, qui souvent guérissaient vite et bien. Je sais parfaitement que les malades n'exécutent point toutes nos prescriptions; j'ai tenu compte de ces non-valeurs, mais je me suis assuré aussi de la docilité d'un grand nombre, et j'ai vérifié les résultats obtenus dans mon service d'hôpital par quelques observations étudiées avec un soin plus minuticux encore dans ma pratique particulière. Ces formules sont donc purement et simplement appropriées à la plus grande généralité des cas; elles ont l'avantage d'offrir des médicaments tout prêts qui répondent aux principales indications des affections de poitrine, tempérer l'irritation, favoriser, modifier ou supprimer l'expectoration, apaiser la toux, calmer la douleur, provoquer le sommeil; le sucre et la gomme sont admis dans ces préparations, à titre d'accessoires il est vrai, mais avec l'importance que je leur ai reconnue moi-même dans de justes limites; que l'on varie, que l'on change même ces formules, pourvu que l'on conserve les principes d'après lesquels elles ont été conçues.

En résumé :

1° Les médicaments émollients n'ont qu'une action topique;

2° Modifiés par la digestion, et dans le sang transformés, en définitive, en produits qui n'ont plus aucun des caractères des substances émollientes, ils sont absolument inaptes à déterminer au-delà des surfaces tégumentaires rien qui ressemble à leur action locale; ils n'ont point d'action dynamique en tant que médicaments; ils n'en possèdent une qu'à titre d'aliments;

3° La médication émolliente n'a donc de raison d'être instituée que lorsque ses agents peuvent être mis en contact immédiat avec les parties malades; excepté l'eau, nul d'entre eux n'agit au-delà de son point d'application; l'eau est réellement le seul émollient interne;

4° Dans les maladies de poitrine, une thérapeutique active ne peut être basée sur l'administration interne des principes albumineux, gélatineux, gommeux, féculents, sucrés; ils peuvent à la rigueur y être considérés comme *béchiques* si par ce mot on entend seulement des médicaments qui calment la toux (βεχικος, de βηξ toux), mais non comme des pectoraux, comme des remè-

des capables de modifier dynamiquement les organes thoraciques;

5° L'association des balsamiques et des bi-carbonates de soude ou d'ammoniaque constitue des médicaments facilement absorbables, véritablement *pectoraux*, dont j'ai constaté l'efficacité; il y aurait lieu de les expérimenter aussi dans certaines maladies des voies digestives et urinaires.

---

10. *De la digitale par la méthode iatraleptique*; par le docteur CHRESTIEN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin-inspecteur des eaux de Balaruc, etc.

(Journal des Conn. médico-chirurg., octobre 1851.)

Bien que la matière médicale n'ait, en quelque sorte, fait l'acquisition de la digitale pourprée que vers la fin du siècle dernier, cette plante jouit aujourd'hui d'une si grande célébrité, qu'il est peu de maladies contre lesquelles on n'ait proposé de l'employer. Withering, Darwin et Baker ont les premiers rassemblé quelques faits sur l'utilité de la digitale dans la phthisie. Fowler, Mossman, Kinglake, Magennis, Ségaud et autres, citent des cures nombreuses opérées à l'aide de cette plante. Drake prétend avoir guéri radicalement des phthisies confirmées avec expectoration purulente; et Beddoës dit qu'on peut maintenant se flatter de posséder un spécifique de la phthisie aussi puissant que le quinquina dans les fièvres intermittentes et le mercure dans la syphilis. Mayer, Hufeland, Penkwil assurent qu'elle possède une efficacité prodigieuse contre les scrofules. Withering, Parkinson, Kinglake l'ont conseillée dans l'épilepsie; Jones et Currie dans la manie. Le docteur Masson-Cox, médecin d'un hôpital d'aliénés, a été jusqu'à avancer qu'aucune aliénation mentale ne devait être réputée incurable tant que l'on n'avait pas administré la digitale à une dose convenable. Cluttenburk dit l'avoir administrée avec succès dans plusieurs cas de typhus. Les docteurs Guirard et Graffemauer la recommandent dans le traitement des fièvres intermittentes. Maclean vante la teinture alcoolique de digitale, à forte dose, dans les rougeoles graves accompagnées de fièvre intense, d'une toux vive et fréquente, d'une respiration difficile et fréquente aussi, d'une circulation laborieuse. Thonton dit l'avoir trouvée très efficace dans la scarlatine. Custance l'a proposée dans le croup, et prétend en avoir obtenu des résultats heureux. Currie et Ferriar regardent la propriété antihémorrhagique de la digitale pourprée comme un fait incontestable. Thomas trouve

cette plante tellement efficace dans l'hémoptysie, qu'il croit inutile de rechercher un autre traitement pour la combattre. Le docteur Ourgaud a consigné, dans la *Gazette de Santé* (15 août 1828), un cas d'hémorrhagie traumatique guérie par la digitale, etc. Mais tous ces rapports sont tellement empreints du cachet de l'exagération, que, quelque respect que l'on professe pour ceux qui ont avancé de pareilles assertions, on ne saurait, en vérité, les admettre toutes ; car la digitale pourprée ne peut pas, plus que toute autre substance médicamenteuse, être regardée par un homme de l'art comme une panacée : voilà pourtant la conclusion à laquelle on serait amené s'il fallait croire les faits aveuglément.

Si, au contraire, on les analyse et si on les discute, il en ressortit que la digitale pourprée, comme la plupart des médicaments héroïques, jouit d'une propriété générale et de quelques vertus spécifiques. Sa propriété générale est *excitante*. Ses vertus spécifiques sont : 1° de déterminer un écoulement d'urines anormal ; 2° de diminuer la fréquence des contractions du cœur.

J'attache peu d'importance à savoir si cette action de la digitale sur la fréquence des contractions du cœur dépend d'une action première et directe sur le viscère lui-même ou sur le système nerveux des ganglions qui l'enlacent, ou bien encore sur le sang qui le pénètre. Le seul point essentiel à discuter ici, c'est l'existence du fait. Or, si l'on consulte le nombre prodigieux d'auteurs qui ont écrit sur la digitale pourprée, on verra qu'il est constaté par les sept huitièmes au moins. Cependant je n'ignore pas que l'administration de la digitale, même à faibles doses, a plusieurs fois occasionné une augmentation notable dans le nombre des pulsations artérielles et une sorte de réaction fébrile ; mais quelques exceptions (1) ne sauraient infirmer la règle, et ce qui est certain, c'est que la digitale pourprée étant administrée à la surface extérieure du corps, la circulation sanguine est quelquefois ralentie et n'est jamais accélérée. En effet, ayant voulu répéter les expériences des docteurs J.-A. Chrestien et Rogery, j'ai constaté, comme eux, que le ralentissement du pouls, suite ordinaire de l'usage interne de quelques centigrammes de digitale, est rarement sensible chez les malades qui usent de la teinture de cette plante administrée en frictions, bien qu'ils éprouvent du soulagement de l'emploi de ce moyen thé-

(1) Je dis *quelques exceptions*, quoique Sanders appuie l'accélération primitive des pulsations artérielles par l'action de la digitale sur deux mille expériences.

rapeutique; mais j'ai observé, en outre, qu'il n'y a pas la moindre accélération dans les battements artériels.

Emploi extérieur de la digitale pourprée dans le traitement des hydropisies non enkystées.

L'auteur de la *méthode iatraleptique* n'a pas partagé l'enthousiasme des médecins qui ont employé la digitale dans le traitement de toutes les maladies; il en a borné l'emploi à différents cas d'hydropisie. Il fut amené à faire usage de la digitale en frictions par l'inefficacité de ce médicament administré à l'intérieur et à haute dose, chez un hydropique, dont l'abdomen était tellement distendu, qu'il y avait plusieurs dilacérations de l'épiderme. il fut assez heureux pour arracher ce malade à une mort qui paraissait certaine. Il adopta d'abord la méthode de Brera, qui consiste à faire macérer la poudre de digitale dans un peu de salive, avec laquelle on frictionna l'abdomen plusieurs fois par jour ; mais les avantages que le docteur J.-A. Chrestien avait retirés de l'alcool chargé du principe médicamenteux de différentes plantes lui firent penser que la teinture de digitale pourrait lui être tout aussi utile, et elle lui présentait, en outre, plus de facilité dans l'administration du remède. Il fit donc macérer 64 grammes de feuilles sèches de digitale pourprée dans 500 grammes d'alcool ; et c'est avec cette teinture qu'il fit, pendant plus de 40 ans, frictionner les hydropiques qui le consultèrent.

En publiant, dans l'édition de 1811, les succès obtenus, non-seulement par lui, mais encore par beaucoup d'autres praticiens, le docteur J.-A. Chrestien fit observer qu'il n'avait pas la prétention de proposer la teinture de digitale, d'après la méthode iatraleptique, comme étant d'un effet sûr : il cita, au contraire, quatre cas d'insuccès ; mais il ajouta que l'hydropisie étant une des maladies dont les causes sont les plus difficiles à déterminer, il reste à savoir si les insuccès doivent être attribués au moyen thérapeutique ou bien à l'inopportunité de son emploi.

Oui, l'hydropisie est une des maladies dont les causes et la nature varient le plus, et pour la thérapeutique de laquelle il faudrait entrer dans les plus grands détails. Aussi, comme ce n'est point de l'hydropisie que j'ai à traiter ici, mais seulement de l'emploi de la digitale en frictions dans quelques cas d'hydropisie, je me borne à rapporter les observations suivantes, dont les unes prouvent bien évidemment les effets de la digitale par voie extérieure, puisqu'aucun autre moyen n'a été mis en usage pour combattre l'hydropisie, et dont les autres prouvent l'avan-

tage de combiner la méthode iatraleptique avec l'emploi des remèdes à l'intérieur.

Obs. I. — François Feson, cultivateur domicilié dans un hameau voisin du Vigan (Cévennes), consulta le docteur Rouger dans les premiers jours de septembre 1800, pour une éruption dartreuse qui se manifesta d'abord à la plante des pieds et couvrit bientôt tout son corps. Un traitement approprié fit disparaître au bout de quelques mois l'éruption dartreuse pour laquelle le docteur Rouger avait été consulté ; mais le malade observa que ses urines devenaient de jour en jour moins copieuses, et une hydropisie ascite, compliquée d'anasarque, ne tarda pas à se manifester. Le docteur Rouger essaya, mais en vain, de rappeler l'éruption dartreuse, et les remèdes internes qu'il mit en usage pour pousser aux urines, ou pour obtenir la résorption de la sérosité épanchée, ne réussirent pas mieux. Le malade paraissait toucher à sa fin.

Au moment de tenter les mouchetures autour des malléoles et d'en venir à la paracenthèse, le docteur Rouger, ayant entendu parler des heureux succès que le docteur J.-A. Chrestien obtenait journellement de l'emploi de la digitale en frictions, voulut essayer de ce moyen. Il fit piler de la digitale pourprée fraîche avec du suc gastrique d'un chevreau, et fit faire des frictions sur l'abdomen avec cette préparation, qu'on employait non par centigrammes, mais à poignée. Dès la quatrième friction, les urines coulèrent si abondamment, que le malade, fatigué de se lever à tout instant, prit le parti de s'asseoir sur le bord du lit, de mettre les pieds sur des chaises, un chaudron à terre ; et, par la grande quantité d'urine qu'il rendit, le volume du ventre fut considérablement diminué dans la durée d'une nuit. Au bout de huit jours, les urines ayant continué d'être abondantes, on n'aperçût aucun reste d'ascite, d'infiltration, ni d'éruption dartreuse.

Obs. II. — Le docteur J.-A. Chrestien, ayant été appelé auprès d'un enfant de 5 ans, qui, encore convalescent d'une fièvre scarlatine, était allé jouer hors de la maison, par un temps humide et froid, et chez lequel une hydropisie ascite s'était manifestée, des frictions furent faites trois fois par jour sur le ventre et à la partie interne des cuisses, avec 16 grammes de la teinture de digitale dont j'ai donné la formule. Au bout de trois jours, le libre cours des urines fut rétabli et l'épanchement diminué. Le dégoût se soutenant et le sujet éprouvant de l'inquiétude, la langue étant sale et présentant de la rougeur et de la sécheresse dans la ligne médiane, des anthelmintiques furent administrés, et deux vers lombrics furent rendus par le malade. Cet incident avait fait

suspendre les frictions pendant deux jours, et cette courte suspension avait suffi pour rendre sensibles les progrès de l'épanchement. A peine furent-elles reprises, que le ventre diminua de volume, l'appétit revint, l'assoupissement n'eut plus lieu, et tous les symptômes disparurent après l'emploi de 500 grammes de teinture. L'usage en fut néanmoins continué pendant cinq ou six jours, à deux frictions seulement par vingt-quatre heures.

Obs. III. — Consulté moi-même, dans le mois d'octobre 1833, à Montpellier, par un porte-faix qui se plaignait d'inappétence et d'une lassitude générale qui lui rendait le travail pénible, après l'avoir examiné et questionné attentivement pour reconnaître la cause et la nature de son malaise, j'appris qu'il urinait très peu depuis quelque temps, et qu'il allait rarement à la selle; mais cette dernière circonstance lui paraissait toute naturelle et en rapport avec son peu d'appétit. De plus, je reconnus un épanchement sensible dans le bas-ventre. Je conseillai à ce portefaix, nommé Fulcrand Cabanes, de se frictionner l'hypogastre et la partie interne des cuisses, trois fois par jour, avec 16 grammes de teinture de digitale, et de diminuer notablement la quantité de vin et d'eau-de-vie dont il faisait un usage quotidien. Au bout de quelques jours, je portai à 64 grammes la dose de teinture que Fulcrand employait dans les vingt-quatre heures. La percussion m'annonçait chaque jour un peu de diminution dans le flot de liquide : au bout de quatorze jours, après avoir employé 620 grammes de teinture de digitale, sans avoir discontinué de travailler, et, par suite, d'entretenir l'aisance au sein de sa famille, Fulcrand se trouva parfaitement guéri.

Obs. IV. — Le docteur J.-A. Chrestien ayant été appelé auprès d'un homme de la campagne atteint d'une hydropisie générale si avancée, qu'il n'osa pas se fier à l'emploi de la teinture de digitale, prescrivit au malade d'avaler, chaque matin, à jeun, un verre de vin blanc dans lequel on ferait préalablement infuser une forte quantité de seconde écorce de racine d'hièble, et de boire, dans le courant de la journée, une pinte d'eau dans laquelle auraient infusé, pendant vingt-quatre heures, 32 grammes de safran de Mars apéritif et 8 grammes de rhubarbe. Cette prescription, dont le docteur J.-A. Chrestien avait obtenu des résultats avantageux dans des cas pareils à celui-ci, fut suivie pendant dix jours sans procurer aucun soulagement au malade. Les frictions avec la teinture de digitale furent associées aux moyens thérapeutiques susmentionnés ; et, peu de jours après leur emploi, les selles et les urines surtout furent très abondantes ; la respiration devint parfaitement libre, le volume du

ventre se réduisit de moitié ; l'enflure du scrotum et l'œdème des extrémités inférieures diminuèrent sensiblement. Le docteur J.-A. Chrestien voulant s'assurer si c'était à la teinture de digitale qu'il devait attribuer l'état satisfaisant du malade, suspendit les deux autres moyens thérapeutiques ; mais l'hydropisie ayant fait de nouveaux progrès au bout de huit jours, l'infusion de rhubarbe et le safran de Mars apéritif furent repris : l'hydropisie ne continua pas ses progrès, mais elle ne diminua que lorsque le malade eut repris l'usage du vin blanc médicamenteux ; et ce ne fut que par la combinaison de ces trois moyens, continués pendant quatre mois avec quelque progression dans les doses, que le malade fut entièrement guéri.

Obs. V. — Élisabeth Defournoux, qui éprouvait, dès l'année 1827, de la toux et de la dyspnée, fut, en 1831, sous l'influence d'une seconde grossesse, reconnue hydropique. Différents moyens thérapeutiques furent employés sans succès jusqu'à l'époque de l'accouchement. Quelques jours après celui-ci, les symptômes prenant un nouveau degré d'intensité, le docteur Ronzel résolut d'administrer la digitale pourprée à l'intérieur et à l'extérieur. Il prit 2 grammes de poudre de digitale associée à pareille dose d'assa-fœtida, et il en composa trente-six pilules. Il mit en même temps à infuser 16 grammes de digitale en poudre dans un demi-litre d'alcool

Le 7 et le 8 octobre 1831, la malade prit deux de ces pilules : une le matin à jeun, et l'autre le soir.

Le 9, Élisabeth Defournoux, qui auparavant rendait à peine un verre d'urine toutes les vingt-quatre heures, eut trois ou quatre émissions d'urine abondantes et faciles. Le même jour, des frictions furent faites avec la teinture de digitale ; et, le lendemain, l'excrétion des urines fut si abondante, qu'elle se renouvelait toutes les heures.

L'emploi de la digitale à l'intérieur et à l'extérieur fut continué à peu près de la même manière jusqu'à la fin du mois ; et, sous son influence, tous les symptômes s'amendèrent ; le sommeil, que la malade avait perdu, se rétablit ; l'appétit devint meilleur qu'il n'avait été depuis plusieurs années ; et la malade, qui est buraliste, se livra, dès le 5 novembre, à ses petits exercices.

Si je rapporte ici cette observation, ce n'est pas que son importance ressortisse à mes yeux, comme à ceux du docteur Ronzel, de ce que la digitale a fait tous les frais de la guérison. Ce fait n'est pas nouveau pour moi, qui en ai vu des exemples innombrables dans le Levant, à la suite des fièvres intermittentes,

et, en Afrique, à la suite de phlegmasies abdominales ; mais le motif qui me fait reproduire cette observation du docteur Ronzel, c'est que lorsqu'on a apprécié, au sein de la *Société de Médecine de Paris*, l'action de la digitale, on a été frappé des faibles doses auxquelles on avait administré cette substance sans prendre en considération la double voie par laquelle elle avait été introduite dans l'économie. L'indifférence qu'apportent encore quelques médecins à l'action iatraleptique des médicaments est vraiment inconcevable.

Comment se fait-il, en effet, que le professeur Bouillaud ne l'ait pas même mentionnée dans l'article qu'il a fourni au *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* sur la digitale pourprée ? Comment se fait-il surtout que MM. Trousseau et Pidoux se soient contentés de dire dans leur *Traité de Thérapeutique et de Matière médicale*, t. III, p. 503, que, « en France, « on réserve la teinture de digitale pour l'usage externe, et qu'il « est important d'avoir à son service un grand nombre de modes « d'administration de la digitale, précisément pour être le « moins possible obligé de l'introduire dans les premières voies ?» Ce laconisme m'étonne d'autant plus que le professeur Trousseau avait déjà, en 1834, publié dans le *Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales* (t. I, p. 175 et suiv.) des observations fort intéressantes sur l'emploi extérieur des médicaments diurétiques, ainsi que le lecteur pourra en juger tout à l'heure.

Emploi simultané du quinquina et de la digitale.

Obs. VI. —*Rougeole suivie d'œdème.* Appelé auprès d'un enfant de cinq ans qui, à la suite d'une rougeole dont la marche avait été lente et grave, se trouvait bouffi de la tête aux pieds, et qui ne voulait avaler aucun médicament, le docteur Delzeuzes, fils, fit frotter la partie interne des cuisses et des jambes avec la digitale pourprée, macérée dans de la salive. En outre, tous les soirs, l'enfant était exposé devant un feu flamboyant, et on lui frottait toute la colonne vertébrale avec une cuillerée à bouche de teinture alcoolique de quinquina. Dès le second jour, les urines devinrent plus abondantes et plus limpides. Dix jours étaient à peine écoulés, qu'il ne restait plus qu'un peu de bouffissure aux pieds et aux mains. Quelques nouvelles frictions suffirent pour terminer cette guérison, dit M. Delzeuzes dans sa thèse inaugurale.

Emploi simultané de la digitale et de la scille.

Quoique, d'après les observations que l'on vient de lire, et auxquelles il m'aurait été, certes, bien facile d'en joindre une

foule d'autres, l'efficacité de la digitale pourprée en frictions, à l'extérieur du corps, ne puisse pas être révoquée en doute dans le traitement de diverses hydropisies non enkystées, quelques médecins ont cru en rendre les effets plus sûrs en lui adjoignant la scille, qui, de son côté, a très-bien réussi toute seule dans les mains de Brera, de Ballerini, de Locatelli, de Weigel, de Breda, de Giulio, de Knebel, de Rossi, de Pinel, d'Alibert et autres. Le professeur Trousseau a lui-même consigné dans le *Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales* (tome Ier, p. 175), ainsi que je l'ai déjà dit, les observations suivantes :

Obs. VII. — Une femme de 25 ans, enceinte de huit mois et demi, entra à l'Hôtel-Dieu de Paris, au commencement de 1833, pour une hydropisie anasarque dont elle était atteinte depuis trois mois ; et l'accouchement ne fit pas disparaître cette maladie qui s'accompagnait d'une diarrhée continuelle. Dans le but de de modérer celle-ci, M. Trousseau administra le sous-nitrate de bismuth à la dose de 1 à 2 grammes par jour, et il réussit bien à diminuer le flux diarrhéïque; mais l'exhalation séreuse devint plus abondante dans les cavités splanchniques. M. Trousseau, associant dès lors les diurétiques au bismuth, fit administrer chaque jour de 15 à 25 gouttes de la teinture éthérée de digitale; mais bientôt les phénomènes de l'irritation gastro-intestinale s'accrurent à tel point, qu'il fut obligé de renoncer à l'emploi de cette teinture, à l'intérieur. Il ne pouvait pourtant se résoudre à laisser mourir ainsi cette jeune femme, qui comprenait le danger de sa position, et qui chaque jour, lui témoignait son attachement à la vie par des paroles pleines de douleur et par des supplications désespérantes. M. Trousseau eut l'idée de recourir à la méthode iatraleptique, et prescrivant un mélange de 64 gr. de teinture éthérée de digitale et autant d'une teinture de scille dont il n'indique pas la formule, il fit mettre ces 128 grammes de teinture dans 250 grammes d'eau. Une flanelle fut imbibée de ce mélange et appliquée sur le ventre de la malade; on la recouvrit même d'un taffetas ciré, pour empêcher l'évaporation. Dès la première nuit, la malade urina sept fois au lieu de deux, la seconde nuit neuf fois, et onze fois les nuits suivantes; et la quantité d'urines répondait à la fréquence de leur émission. Le sous-nitrate de bismuth était en même temps administré chaque jour à l'intérieur, et à la dose de 2 grammes, pour calmer l'irritation de l'estomac, et la malade était nourrie avec du lait coupé et de l'eau de riz gommée. Au bout de huit jours, le péritoine, le péricarde et les plèvres ne contenaient presque plus de sérosité ; une respiration facile succédait à l'orthopnée ; la dilatation des

pupilles, symptôme d'après lequel M. Trousseau avait pensé que l'exhalation séreuse s'étendait jusqu'aux ventricules cérébraux, avait notablement diminué ; les jambes n'étaient presque plus œdématiées ; la fièvre tombait, et déjà la malade pouvait manger deux potages. M. Trousseau ajoute qu'elle pouvait même boire un litre de lait ; mais cette circonstance n'est rien pour moi qui ai vu le docteur J.-A. Chrestien guérir des hydropisies provenant surtout de lésions organiques du cœur, en ne nourrissant les malades qu'avec du lait, dont plusieurs litres sont aisément bus par eux. La médicamentation sus-indiquée étant continuée pendant quinze jours, et des préparations martiales ayant été données ensuite pendant un mois environ, cette jeune femme revint à une santé parfaite.

Obs. VIII. — Dans le courant d'octobre 1833, une femme de 50 ans, atteinte depuis longtemps d'une maladie du cœur, entra à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans un état tellement grave, que l'interne de service craignit qu'elle ne pût pas vivre jusqu'au lendemain. Ses jambes, ses cuisses, ses bras et sa face étaient œdématiés ; le péritoine, les plèvres et le péricarde étaient remplis de sérosité ; l'auscultation révélait un œdème pulmonaire ; la dyspnée était extrême, la face livide, les extrémités froides ; une potion éthérée, qui fut prescrite par l'élève interne, calma les accidents, et le lendemain, à l'heure de la visite, le danger n'était pas, à beaucoup près, aussi imminent que la veille. M. Trousseau prescrivit 1 gramme de teinture éthérée de digitale et 32 grammes d'oxymel scillitique ; mais les urines ne furent pas augmentées et les phénomènes morbides ne s'amendèrent pas. Cependant, après peu de jours, l'estomac supporta impatiemment la digitale et la scille ; M. Trousseau dut y renoncer. Il fit faire alors sur l'abdomen les applications diurétiques indiquées dans l'observation précédente, et cette femme, qui n'urinait que trois fois par jour, se mit à uriner quatre fois par heure, c'est-à-dire près de cent fois dans les vingt-quatre heures. Cette prodigieuse diurèse persista durant quelques jours, puis diminua au fur et à mesure que l'hydropisie diminuait. L'amélioration fut si rapide, que cette malade sortit de l'Hôtel-Dieu un mois après y être entrée.

Comment, après avoir été témoin de pareils faits, le professeur Trousseau a-t-il pu être aussi bref qu'il l'a été à l'égard de la méthode iatraleptique dans le *Traité de Thérapeutique et de Matière médicale* qu'il a publié avec M. Pidoux ? Puisque surtout ces deux estimables auteurs ont cherché à éviter le grave défaut qu'ils reprochent à leurs prédécesseurs d'avoir sacrifié la théra-

peutique à la matière médicale, ne devaient-ils pas donner quelques explications sur le mode de médicamentation dont l'un d'eux avait constaté non-seulement les avantages, mais encore l'urgente nécessité ?

Obs. IX. — Désespérant presque du salut d'un détenu de la maison de Beaulieu, qui était entré à l'infirmerie, le 10 janvier 1825, avec une phlegmasie intense des organes digestifs, et chez lequel une hydropisie ascite s'était consécutivement manifestée, le docteur Raisin, directeur de l'École de médecine de Caën, recourut aussi à la méthode iatraleptique ; et il prescrivit un mélange, à parties égales, de teinture de scille et de celle de digitale pourprée, dont on employait, matin et soir deux cuillerées en frictions à la partie interne des cuisses et sur le bas-ventre.

Pendant les huit premiers jours, il n'y eut d'autre amélioration que dans la couleur des urines, qui ne déposaient plus de sédiment ; mais la dose du mélange étant portée à trois cuillerées par friction, et celle-ci étant faite trois fois par jour, la sécrétion des urines augmenta rapidement, et le volume du ventre diminua d'une manière sensible ; la langue, primitivement rouge, revint à sa couleur normale ; l'estomac put supporter les bouillons gras, et sans suivre pas à pas les progrès de la santé de ce malheureux qui, âgé seulement de 34 ans, était voué à une mort à peu près certaine sans les secours de la méthode iatraleptique, je me hâte de dire qu'il sortit de l'infirmerie parfaitement guéri, le 14 juin.

Obs. X—.Le même praticien a consigné, à la suite de l'observation précédente, celle d'un autre détenu qui entra à l'infirmerie le 25 avril 1826, pour une hydropisie générale et une fièvre quarte bien caractérisée. Comme le sujet de l'observation précédente, le sujet de celle-ci avait la langue rouge, l'épigastre sensible et vomissait ses aliments. Il fut mis, comme le premier, à une diète adoucissante et à l'usage des frictions avec la teinture de digitale et de scille. Sous l'influence de ce régime, la phlegmasie de l'estomac diminua, les urines devinrent plus abondantes, et le malade put prendre quelques bouillons. Au bout de quinze jours, la bouffissure eut sensiblement diminué. Les accès de fièvre cessèrent aussi, mais ils reparurent, comme pour montrer les avantages de la méthode iatraleptique. Grâce à elle, en effet, les fonctions digestives s'exécutaient bien, et le malade put supporter le sulfate de quinine, qui, administré à la dose de 1 gramme en cinq prises pendant les deux jours d'apyrexie, a empêché le retour de l'accès.

Emploi simultané de la digitale, de la scille, du camphre, de l'opium et de l'ammoniaque.

C'est encore à l'intéressante thèse de M. Delzeuzes que j'emprunte l'observation suivante. Elle prouve combien la méthode iatraleptique offre de ressources au praticien qui ne cherche pas à guérir une maladie par un seul médicament, mais qui, au contraire, les multiplie suivant les différentes indications.

Obs. XI. *Carreau.* — L'enfant d'un tisserand, âgé de 5 ans, appartenant à des parents faibles, d'une constitution éminemment lymphatique, et participant lui-même à cette constitution, était tombé, depuis environ dix-huit mois, dans un amaigrissement extrême. Le bas-ventre était météorisé, inégalement dur, laissant apercevoir à la percussion un fluide épanché ; les glandes inguinales et axillaires étaient engorgées ; la peau était sèche, aride, couverte de tubercules terreux, et pour ainsi dire collée sur les os.

Les parents, rebutés par le peu de succès qu'avaient eus tous les moyens employés jusque-là, avaient renoncé à toute espérance comme à tout désir de faire traiter ce malheureux enfant, qui se trouvait ainsi voué à une mort certaine. M. Delzeuzes ne parvint à vaincre leur obstination qu'en leur persuadant qu'il ne ferait pas avaler de médicament à leur enfant. Ce ne fut qu'à ce prix qu'ils promirent d'exécuter le traitement qu'il prescrirait, et que voici :

M. Delzeuzes fit mettre l'enfant dans un bain de décoction d'herbes émollientes ; il fit employer un peu de savon noir, afin de mieux débarrasser la peau de cette matière terreuse qui la recouvrait ; et après que l'enfant fut bien séché dans son lit, il lui fit frotter toute le région dorsale avec un jaune d'œuf cru. Il remplaça alternativement l'œuf par un mélange de deux tiers d'huile d'olive et d'un tiers d'eau-de-vie.

L'enfant ne mangeait que par caprice ; sa nourriture était en si petite quantité, qu'il était difficile de concevoir comment il pouvait exister. Il fallut donc le laisser libre sur le choix de ses aliments. La seule chose sur laquelle il fut possible de le tromper, ce fut d'ajouter un peu de teinture de rhubarbe dans sa boisson, qui était le cidre.

Tous les jours, on lui faisait des frictions sèches sur tout le corps avec une flanelle que l'on exposait à la vapeur du sucre brûlé, ou bien à celle de baies de genièvre écrasées et jetées sur des charbons ardents. On se servait aussi quelquefois de plantes

aromatiques. Les vêtements qui touchaient sa peau étaient de laine; on l'exposait tous les jours à l'action du soleil.

Pendant le premier mois, on suivit exactement ce traitement. L'enfant avait acquis un mieux sensible; son teint était meilleur, ses mouvements plus faciles; il pouvait se tenir debout et même faire quelques pas.

Lorsque la peau eut repris sa souplesse, qu'elle se fut débarrassée de la crasse dont elle était couverte, M. Delzeuzes fit suspendre les bains, qu'il n'employa que deux fois par semaine, et il fit faire des frictions à la partie interne des cuisses, sur le ventre et aux bras, avec un liniment composé d'huile d'amandes douces, d'ammoniaque liquide et de camphre.

On employait à chaque friction trois cuillerées à café du liniment; on faisait deux frictions par jour, une le matin, une autre le soir. On se servait alternativement de ce liniment et du suivant :

Alcool faible,	120	grammes.
Acétate d'ammoniaque,	16	»
Camphre,	8	»
Opium pur,	4	»

Les quinze premiers jours du second mois, le ventre restait encore à peu près dans le même état; seulement il offrait un peu plus de mollesse; mais, dans les quinze jours qui suivirent, l'engorgement mésentérique diminua sensiblement, ainsi que celui des glandes inguinales et axillaires; la diminution de l'engorgement du mésentère permit de reconnaître la présence de l'eau dans l'abdomen; la quantité en parut augmentée à M. Delzeuzes, quoique les urines coulassent plus abondamment, et qu'elles fussent moins troubles et moins briquetées.

M. Delzeuzes se décida dès lors à faire des frictions à la plante des pieds et à la partie interne des jambes, avec la teinture de scille et celle de digitale pourprée, à partie égales, sans interrompre néanmoins les autres frictions : les urines devinrent plus abondantes de jour en jour; elles perdirent leur mauvais caractère, et l'eau épanchée fut résorbée avant quinze jours.

Enfin, dans l'espace de cinq mois, sans régime suivi, ayant eu à combattre l'appétit vorace et capricieux de l'enfant, et la faiblesse que ses parents avaient pour lui, M. Delzeuzes parvint à guérir ce malheureux enfant, que l'état déplorable où il était vouait à une mort certaine.

V. Accouchem^ts, Maladies des femmes et des enfants.

ACCOUCHEMENTS.

11. *Du développement relatif des artères ovariques et utérines pendant la grossesse, et de l'utilité de la compression de l'aorte, dans les cas d'hémorrhagie utérine, après l'accouchement*; par le docteur BAUDELOCQUE.

(L'Union médicale, N° 101 ; 26 août 1851.)

Dans la dernière séance de la Société médico-chirurgicale de Paris (ou Société médicale du Temple), l'un de ses membres a élevé un argument *anatomique* contre la compression de l'aorte abdominale, dans le cas d'hémorrhagie utérine après l'accouchement, argument qui, s'il était fondé, serait de nature à faire rejeter, comme inutile, la compression de l'aorte; aucun des membres de cette Société n'ayant répondu *anatomiquement* à cet argument, je crois bien faire en le discutant moi-même.

« Ce n'est pas l'aorte, a dit M. Depaul, qui fournit directe-
« ment le sang de l'hémorrhagie après l'accouchement, car
« celui-ci est à peu près exclusivement veineux, provenant des
« sinus utérins, qui, surtout, pendant la grossesse, doivent
« êtres considérés comme de véritables veines. L'incision même
« du corps de l'utérus, dans l'opération césarienne, ne donne
« guère que du sang veineux ; d'ailleurs, les artères ovariques,
« qui fournissent surtout aux parties supérieures de l'utérus,
« vers lesquelles, à cause de l'insertion habituelle du placenta,
« il existe une plus grande vascularité, ces artères sont placées
« *au-dessus* du point comprimé de l'aorte, et conséquemment
« en dehors de la compression. »

M. Depaul, conséquent avec lui-même, ajoute que, pour comprimer l'aorte, il faut auparavant déplacer, refouler, presser l'utérus, et que cette action mécanique réveille les contractions de cet organe, et met fin à son inertie ce qui revient à dire que la compression de l'aorte n'est pour rien dans l'arrêt de l'hémorrhagie.

Dans son argumentation contre la compression de l'aorte, le critique a oublié l'artère *utérine* ; un coup d'œil sur la seizième planche de l'ouvrage de Hunter lui aurait fait voir à la lettre E l'artère hypogastrique qui se développe énormement pendant le cours de la grossesse ; et c'est parce que cette artère se développe énormément alors, que les veines hypogastriques qui s'abou-

chent, comme les veines *ovariques* avec le placenta, sous le nom de sinus utérins, prennent aussi un très grand volume. En effet, si les artères utérines ne se développaient pas pendant la grossesse, à quoi donc servirait le développement considérable qui se fait alors des veines hypogastriques ? Les artères ovariques sont développées aussi, il est vrai (voyez sur la même planche la lettre G) ; mais comme elles naissent, non pas toujours, comme le dit le critique, mais le plus ordinairement, au-dessus du point où l'on comprime l'aorte, ces artères, à mon avis, suffisent pour entretenir la circulation dans l'utérus ; et voilà pourquoi on peut comprimer l'aorte, pendant plusieurs heures de suite, comme je l'ai fait plusieurs fois, sans interrompre complétement la circulation dans l'utérus même. Mais cette circulation n'est pas assez abondante pour produire une hémorrhagie ; d'ailleurs, c'est alors que le retrait de l'utérus commence pendant la compression aortique, et cette compression empêche l'afflux du sang d'être aussi abondant qu'il l'était tout à l'heure.

Voici maintenant quelques preuves à l'appui de mon opinion : dans le commencement de mes cours d'accouchements, toutes les fois que je parlais de la compression de l'aorte, les élèves, pouffaient de rire, comme si je disais une balourdise ; je ne savais quel moyen employer pour les convaincre de l'utilité de la compression de cette artère : à la fin, je leur dis : attendez le premier accouchement qui se fera ici, je comprimerai l'aorte devant vous, aussitôt après la délivrance, et vous rirez alors, si vous trouvez que la compression n'a pas d'effet. Au premier accouchement qui se fit dans mon amphithéâtre, je comprimai l'aorte aussitôt après la délivrance, et arrêtai le sang instantanément, puis je le laissai couler, puis je comprimai de nouveau, et cela plusieurs fois de suite, et je demandai aux élèves s'ils étaient maintenant bien convaincus de l'utilité de la compression de l'aorte ; dès lors, je cessai d'être bafoué, quand je parlai au public de la compression de l'aorte.

En 1828, dans une opération césarienne que je fis, suivant ma méthode (élytrotomie, ou incision du vagin), à une femme nommée Marie Doyen, une hémorrhagie veineuse et mortelle se manifesta, parce que je n'avais pas encore pensé à lier l'artère hypogastrique (voyez mon mémoire *sur l'opération césarienne*). Dans une autre opération césarienne que je pratiquai, en 1843, suivant la même méthode, à la femme Desmarets, instruit par l'exemple précédent, je liai d'abord l'artère, non pas l'hypogastrique, parce qu'en passant l'aiguille de Deschamp (mauvais instrument, s'il en fût jamais) sous cette artère, je blessai

l'artère iliaque externe, alors je liai l'artère iliaque *primitive* : le sang fut arrêté instantanément, et je fis l'incision du vagin *à sec*, en présence des docteurs Duhamel et Triger (voyez le même mémoire) ; enfin, dans une opération de grossesse extra-utérine (tubaire gauche), que je fis en présence des docteurs Reis et Récamier, j'incisai la trompe par l'intérieur du vagin, sans avoir lié préalablement aucune artère, et, après l'extraction du délivre, une hémorrhagie foudroyante eut lieu. Comprimez l'aorte, dis-je aux assistans. On rejeta bien loin ce conseil. Injectez de l'eau froide dans la trompe, me dit-on ; force me fut d'injecter de l'eau, et la femme périt entre mes mains quelques minutes après.

De tout cela, que résulte-t-il ? Que les artères ovariques se développent proportionnellement pendant la grossesse ; ce fait est incontestable; et j'ajoute que leur développement devient surtout considérable pendant la grossesse extra-utérine, et que les artères utérines, plus grosses que les artères ovariques dans l'état de vacuité de l'utérus, se développent aussi en proportion de leur volume dans l'état de plénitude de cet organe ; voilà pourquoi la compression de l'aorte, qui a pour effet d'arrêter directement le cours du sang dans les artères utérines, et indirectement, ou par le retrait de l'utérus, le cours du sang dans les artères ovariques, est un moyen précieux quand il s'agit d'arrêter une hémorrhagie utérine après l'accouchement ; aussi je donne le conseil aux praticiens de ne pas attendre, pour y avoir recours, que la femme soit épuisée par la perte de tout son sang ; mais je leur dis : après avoir vidé l'utérus des caillots du sang qu'il contient, si la contraction de cet organe ne s'éveille pas aussitôt, ne perdez pas le temps en tâtonnements inutiles et en essais incertains, mais faites de suite la compression de l'aorte à travers les parois du ventre et au niveau de l'ombilic, et je réponds que vous ne perdrez jamais une accouchée par suite d'hémorrhagie. Quant au lieu où l'on comprime l'aorte, on paraît croire qu'on ne puisse exercer la compression de cette artère qu'au niveau de l'ombilic, c'est une erreur, on peut la pratiquer au-dessus, mais seulement en faisant plier fortement en avant le corps de la femme ; ainsi, dans un cas de grossesse extra-utérine, même au-dessus de cinq mois, on pourrait fort bien déterminer la mort du fœtus dans la trompe, en comprimant l'aorte au-dessus de l'ombilic, et cela dans le but de conserver la vie à la mère ; j'avoue même que je ne serais pas éloigné de proposer la compression de l'aorte, comme moyen abortif, dans le cas fort rare heureusement de mauvaise conformation du bassin qui

nécessite l'une des opérations les plus graves ; mais c'est là une question toute morale, et je reconnais qu'elle est exclusivement de la compétence de l'Académie des sciences morales, à laquelle je me propose de la soumettre.

En résumé, la compression de l'aorte, malgré les objections plus ou moins spécieuses qui ont été présentées pour la faire rejeter, est et restera une des découvertes les plus utiles qu'on pouvait faire dans l'art des accouchements.

MALADIES DES ENFANTS.

12. *Du nasonnement*; — *de la paralysie du voile du palais*; par MM. Trousseau, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des enfants malades, et Ch. Lasègue, docteur-médecin.

(L'Union médicale, N° 119 ; 7 octobre 1851.)

On est assez souvent consulté pour un accident bizarre qui est très rare chez l'adulte, et, au contraire, assez fréquent chez les enfants. Un enfant nous est présenté parlant du nez de la façon la plus déplorable. La première idée qui se présente à l'esprit du médecin, c'est qu'il existe une division congénitale de la voûte palatine, ou tout au moins du voile du palais. On regarde l'intérieur de la bouche, on ne voit rien au palais, presque rien aux amygdales. Les parents nous disent alors que le nasonnement a paru tout à coup. Que, jusqu'ici, l'enfant parlait comme tous les autres enfants, d'une voix claire et parfaitement naturelle, et que subitement, après un malaise fébrile assez court, la voix est devenue nasonnée.

D'autres fois on vous dit que l'enfant a eu, pendant plusieurs jours, de la peine à avaler, sans autre chose.

Quelques parents entrent dans des détails plus circonstanciés ; ils racontent que l'enfant a eu un mal de gorge violent, avec fièvre, altération de la voix ; que la médecine a dû intervenir avec énergie, et que, durant la convalescence, le son de la voix était devenu de plus en plus mauvais.

Ainsi, le nasonnement se montre le plus communément après une angine violente.

Dans certains cas, après une indisposition dans laquelle l'enfant a eu de la peine à avaler.

D'autres fois enfin, après un malaise insignifiant pendant lequel le petit malade n'a accusé aucune douleur locale.

Ces renseignements pris, quand on se livre à un examen un peu plus attentif de la gorge, on voit que la membrane muqueuse pharyngienne conserve assez souvent les traces d'une phlegmasie récente ; que les amygdales sont quelquefois assez tuméfiées ; mais surtout que *le voile du palais est pendant* ; qu'il ferme l'arrière-bouche à la manière d'un demi-voile ; et que durant l'examen, au lieu de se relever et de s'abaisser, par des oscillations fréquentes, comme à l'ordinaire, lorsqu'on déprime la langue avec une cuiller, *il reste immobile ou à peu près.*

Il y a donc une paralysie du voile du palais, et les sons, au lieu de passer tantôt par la bouche exclusivement, tantôt par la bouche et le nez en même temps, passent presque exclusivement par le nez, et constituent le *nasonnement.*

La paralysie du voile du palais a encore un inconvénient assez désagréable : les enfants, lorsqu'ils avalent les liquides, en rendent souvent une partie par nez, et cela en vertu d'un mécanisme facile à concevoir. Lors de l'acte de la déglutition, la base de la langue est relevée, le voile du palais vient s'appliquer sur l'orifice postérieur des fosses nasales, le larynx se ferme ; et, le pharynx se contractant, les boissons qui trouvent toutes les voies fermées, à l'exception de celle de l'œsophage, enfilent ce conduit musculo-membraneux. Que si le voile du palais est paralysé, une portion des liquides est poussée dans les narines qui restent ouvertes, l'autre portion dans l'œsophage.

La même chose a lieu, si une véhémente inflammation du voile du palais, des piliers ou des amygdales, empêche le voile de se mouvoir pour remplir le rôle qui lui est départi.

Ce point établi, savoir l'existence de la paralysie du voile du palais, dans le cas qui fait le sujet plus spécial de cette note ; tâchons d'un rechercher la cause.

La paralysie du voile du palais peut n'être qu'apparente, l'immobilité de cette partie pouvant n'être qu'une immobilité mécanique, une véritable rigidité inflammatoire, analogue à celle des parties musculeuses envahies, par exemple, par un phlegmon. Ce peut être une immobilité volontaire, comme celle à laquelle on condamne un muscle quand les contractions qu'il devrait exécuter sont par trop douloureuses. Cela n'est point une paralysie proprement dite ; mais, comme nous l'avons dit plus haut, la paralysie véritable succède souvent à cet état. Comment cela a-t-il lieu ? C'est ce qu'il ne serait pas très facile de dire ; mais le comment importe peu ici, le fait final reste entier.

Cherchons des cas analogues. Un individu est frappé d'un rhumatisme violent de l'épaule, la douleur persiste pendant deux,

trois semaines, plus ou moins, puis elle cesse, et le malade ne peut soulever le bras ; le muscle deltoïde est véritablement paralysé. Quand on applique la main sur le moignon de l'épaule, pendant que le patient fait des efforts, on s'aperçoit aisément que les faisceaux musculaires se contractent mollement. Il n'y a plus de douleur ; l'impossibilité du mouvement ne peut donc tenir qu'à la paralysie.

Le fait s'explique de plusieurs manières, ou bien, en supposant que, dans le rhumatisme dit musculaire, il y a une véritable névralgie, et peut-être une phlegmasie du nerf qui modifie les aptitudes fonctionnelles des conducteurs nerveux, ce qui est le plus probable ; ou bien en supposant que la fluxion rhumatismale, envahissant la gaîne des petits faiceaux musculaires, l'a épaissie, de telle sorte que le mouvement du muscle en soit embarrassé.

Le même résultat final, savoir la difficulté des mouvements, s'observe après les graves inflammations qui ont envahi la profondeur des membres.

Est-il donc alors si difficile de comprendre que, après des angines phlegmoneuses graves, lorsque des abcès se sont développés dans l'épaisseur du voile du palais, ce voile membraneux reste pendant quelque temps complétement paralysé.

C'est une cause de ce genre qui, chez les enfants atteints de croup, et guéris par la trachéotomie, amène si fréquemment un accident assez sérieux sur lequel nous avons appelé les premiers l'attention des médecins, nous voulons parler de la paralysie des muscles destinés à fermer l'ouverture supérieure du larynx ; paralysie qui laisse les boissons pénétrer dans les voies aériennes.

Cette paralysie tient évidemment à la même cause que celle que nous assignions tout à l'heure à l'immobilité du voile du palais.

En effet, après la trachéotomie, outre l'inflammation qui s'empare profondément de tous les tissus que traverse la canule, et qui envahit le larynx lui-même, il y a encore l'inflammation diphthérique qui recouvre toute la surface du larynx et qui dure pendant six, huit, quinze jours, jusqu'au moment où la voie de l'air peut se faire par la glotte.

La paralysie de certains muscles laryngés, comme celle du voile du palais, tenant à la cause que nous venons d'indiquer n'a, en général, qu'une durée fort limitée. Les petits malades pour lesquels nous avons été consultés, ont été, pour la plupart, guéris en peu de temps, en quelques jours, en deux ou quatre semaines au plus, et cela sans l'intervention d'aucun moyen thérapeutique.

Si le mal résistait plus longtemps, il cessait bientôt sous l'in-

fluence de quelques attouchements avec une baleine imbibée d'une forte solution de nitrate d'argent ou d'ammoniaque affaiblie.

Mais gardons-nous de croire que la paralysie dont nous parlons, soit toujours aussi simple.

Tout récemment nous voyions avec M. le docteur Vosseur, rue de Biron, 23, une petite fille de six ans, qui, deux mois auparavant, avait eu une angine dipthérique grave, dont elle avait été bien traitée et rapidement guérie. Il ne lui restait que de la faiblesse, et une très notable pâleur, lorsque, tout à coup, la voix devint nasonnée, la déglutition des liquides presque impossible, parce qu'ils pénétraient presque en entier dans le larynx.

En examinant la gorge, on ne voyait rien que cet abaissement du voile du palais dont nous avons parlé au commencement de cette note; mais il y avait du strabisme, du mal de tête, des douleurs dans un des bras; en un mot, tous les signes d'une affection cérébrale.

Le calomel, les vésicatoires, le quinquina, l'eau de Bussang, firent lentement justice de tous ces accidents, qui disparurent à peu près complétement comme ils s'étaient montrés.

Ici, il est bien probable que nous n'avions affaire qu'à un trouble de l'innervation, sans lésion organique; mais on comprend parfaitement qu'une lésion grave de l'encéphale pourrait donner lieu aux mêmes symptômes, et que dans ce cas, le *nasonnement et la paralysie du voile du palais* auraient une toute autre valeur diagnostique et prognostique, que celle qu'ils doivent avoir dans la presque généralité des cas.

En ce mement-ci nous avons à l'hôpital des Enfants, salle St-Augustin, un jeune garçon de 10 ans, dont la voix est nasonnée, et chez qui le voile du palais est paralysé. Il y a, en même temps, huit ou dix attaques d'éclampsie par vingt-quatre heures, et des troubles dans la motilité; il nous semble probable que ce jeune garçon a un tubercule cérébral, lésion qui prochainement amènera des accidents mortels.

Nous terminons ici ce que nous voulions dire du nasonnement et de la paralysie du voile du palais. Nous n'avons nullement la prétention d'avoir découvert une chose inconnue avant nous, encore moins d'avoir fait une monographie sur la matière; nous n'avons eu qu'un but, c'est d'appeler l'attention de la généralité des praticiens sur un accident qui peut surprendre les médecins et inquiéter les familles, et dont il est bon d'être averti.

Cette courte note, d'ailleurs, aura peut-être pour résultat d'engager quelques physiologistes à rechercher les causes anato-

miques ou dynamiques, etc., qui peuvent donner lieu à la paralysie du voile du palais et au nasonnement.

---

13. *De la pneumonie catarrhale, et de la pneumonie lobaire de l'enfant*; par MM. Trousseau, professeur de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants, et Ch. Lasègue, docteur médecins

(L'Union médicale, N° 115; 27 septembre 1851.)

Les médecins recommandables qui ont écrit depuis quelque temps sur les maladies aiguës de la poitrine chez les enfants, ont indiqué parfaitement les symptômes, les lésions, la gravité relative des phlegmasies connues sous le nom de *pneumonie lobulaire*, *catarrhe capillaire*, *pneumonie catarrhale*, *catarrhe pneumonique*, *pneumonie aiguë simple*. Cependant, soit parce que ces notions sont éparses dans des livres volumineux, soit parce qu'elles sont consignées dans des travaux isolés et trop peu connus, la généralité des praticiens se fait une fausse idée des maladies dont nous venons de parler.

La *pneumonie catarrhale* et la *pneumonie franche* sont, certes, aussi distinctes l'une de l'autre que la variole et l'érythème. Nous voulons en donner la preuve par la différence de mortalité.

Dans les six mois du service de la clinique, sur vingt enfants à peu près qui ont été atteints de *pneumonie aiguë franche*, *pas un n'a succombé*. Sur près de trente enfants qui ont été atteints de *pneumonie catarrhale*, *pas un n'a survécu*.

De telles différences dans les résultats démontrent, nous le croyons du moins, qu'un abîme sépare ces deux maladies.

Disons tout de suite, pour donner à ce parallèle un caractère plus frappant, que la plupart de nos *pneumonies franches* avaient une acuité, une vivacité symptomatique excessives, et que toute cette colère organique s'appaisait comme un feu de paille. Qu'au contraire, un certain nombre de nos *pneumonies catarrhales*, si bénignes qu'elles fussent à leur début, si avares de menaces qu'elles parussent d'être tout d'abord, prenaient rapidement une insurmontable gravité.

Nous avons ailleurs, et déjà bien souvent, tracé le tableau symptomatique de ces deux maladies; nous ne devons donc ici y revenir que très sommairement.

La *pneumonie franche* ne frappe presque jamais un enfant au-dessous de deux ans; très rarement atteint-elle ceux qui ont de deux à trois ans, et elle devient de plus en plus commune à mesure que les enfants approchent de l'adolescence. Elle a les allures

vives, les signes, les symptômes de la pneumonie de l'adulte, à quelque chose près que nous allons indiquer.

Après vingt-quatre, trente-six heures d'invasion, on n'entend déjà plus que du souffle et de la bronchophonie, le râle crépitant qui, chez l'adulte, se perçoit souvent quand le malade tousse, lors même qu'il y a beaucoup de souffle tubaire ; ce râle crépitant, dis-je, ne s'entend presque jamais chez l'enfant. De même, d'un jour à l'autre, sans râle crépitant de retour intermédiaire, le souffle disparaît, et il ne reste plus qu'une respiration faible.

La marche de la maladie est aussi beaucoup plus rapide. Ce que nous venons de dire s'applique principalement aux enfants de 3 à 8 ans. Au-delà de cet âge, la pneumonie diffère de moins en moins de celle de l'adulte.

La gravité de cette maladie n'est pas grande. Le résultat le prouve. Si maladroit que soit un médecin, il guérit beaucoup de malades quand le mal est peu grave; si habile qu'il soit, il en perd un grand nombre, quand l'affection est par elle-même très sérieuse.

Nos enfants entraient souvent à l'hôpital les 4e, 5e, 6e, jours de la maladie, et la convalescence commençait presque immédiatement, sans qu'il fût légitime de penser que la médication, quelquefois assez insignifiante, adoptée à l'hôpital, ait eu une influence notable.

Ceux qui entraient au début de la pneumonie, guérissaient si vite, que nous ne pouvions nous empêcher de croire que cette retraite rapide de la maladie devait être mise un peu moins sur le compte de la médication que sur celui de la bénignité naturelle d'une phlegmasie qui s'annonçait d'ailleurs avec un appareil symptomatique formidable.

Ordinairement, nous faisions une saignée du bras de 60 à 120 grammes ; nous faisions vomir avec une potion contenant 30 à 40 centigrammes de sulfate de cuivre dans 50 grammes d'un véhicule sucré. Cette potion était donnée une ou deux fois deux jours de suite, pendant la période la plus aiguë de la pneumonie ; puis nous donnions un loock avec 10 à 15 centigrammes de kermès et autant d'extrait de digitale. On cessait tous ces remèdes dès que le souffle péripneumonique disparaissait.

Mais la *pneumonie catarrhale* ne se montrait plus sous le même aspect. Elle débutait par le catarrhe, qui s'étendait rapidement aux petites bronches, et alors on entendait disséminés dans les deux poumons, et notamment en arrière, des râles sous-crépitants nombreux et fins. Ces signes stéthoscopiques persistaient ainsi pendant quatre, six, huit, quinze jours, sans que le souffle se

manifestât. Mais tôt ou tard, en général, on entendait du souffle, du retentissement du cri ou de la voix, ou tout au moins du bruit respiratoire prolongé. Pendant que ces derniers signes communs à la pneumonie catarrhale et à la pneumonie franche se montraient, dans le reste du poumon on pouvait, par la persistance du râle sous-crépitant, constater la persistance du catarrhe capillaire. Il semblait donc évident que le mal qui avait commencé par la membrane muqueuse pulmonaire, s'était étendu au parenchyme du viscère.

Cependant la fièvre était généralement moins forte que dans la pneumonie franche : elle se montrait avec une certaine vivacité à certains moments de la journée; pour cesser presque complétement à d'autres. Il y avait donc des alternatives de mieux et de pis qui exaltaient ou diminuaient nos espérances, et cela pouvait durer quinze, vingt, trente jours. C'est que le mal était primitivement un catarrhe pulmonaire qui gardait toujours l'opiniâtreté, les allures incertaines du catarrhe. Et, en fin de compte, comme le parenchyme pulmonaire se prenait dans beaucoup de points à la fois, les lésions se multipliaient ; la fièvre prenait plus de continuité, plus d'intensité, la gêne de la respiration augmentait, et les pauvres enfants mouraient épuisés, tandis que quelques autres étaient tués avec rapidité, lorsque la phlegmasie bronchique avait pris, dès le début, une intensité extrême, et que le poumon avait été rapidement envahi dans une très grande étendue.

Saignées, révulsifs, antimoniaux, vomitifs, belladone, digitale, scille, poligala, tout était inutilement essayé.

La maladie avait, en général, une marche plus rapidement funeste quand elle succédait à une rougeole, à une affection chronique de la peau, à une angine laryngée aiguë.

Nous ne pouvons nous empêcher de comparer, *exceptis, excipiendis,* les deux maladies pulmonaires dont nous venons d'esquisser quelques traits, à l'érysipèle et au phlegmon. L'érysipèle courant à la surface comme le catarrhe, puis quand il dure trop longtemps, amenant des inflammations ulcéreuses de la peau, des furoncles, des abcès circonscrits sous-cutanés, comme le catarrhe capillaire amène des fontes purulentes des lobules, de petits abcès du poumon, des pneumonies circonscrites. Tandis que la pneumonie franche marche à la façon du phlegmon simple; véhément dans son appareil inflammatoire, se terminant vite et nettement.

On nous pardonnera d'avoir voulu revenir sur un sujet aussi vulgaire que la pneumonie ; mais plus d'un médecin, qui n'a

étudié les maladies de poitrine que dans les hôpitaux d'adultes, trouvera peut-être, dans ces quelques mots, l'interprétation de certains faits qui l'avaient vivement préoccupé. Il comprendra pourquoi la gravité des pneumonies diffère tant chez les enfants, et quand il sera habitué à distinguer la pneumonie catarrhale de la pneumonie franche, il pourra asseoir son pronostic avec plus de certitude.

Nous ne voudrions pourtant pas laisser nos confrères sous cette désolante impression, que la pneumonie catarrhale est à peu près invariablement mortelle. Si les choses se passent ainsi à l'hôpital où les miasmes nosocomiaux exercent une influence si terrible et si difficilement évitable, il n'en est plus de même dans la pratique particulière. Ici, l'heureuse influence des vomitifs souvent répétés, celles des vésicatoires volants, des antimoniaux, de la digitale, ne peuvent être révoquées en doute, et certes on guérit la moitié des malades ; mais dans ce cas même, la mort a encore une bien large part, et une maladie qui tue la moitié de ceux qu'elle atteint, est une maladie horriblement grave.

---

14. *De la paralysie essentielle chez les enfants*; par M. le docteur Rilliet, médecin de l'hôpital de Genève.

(Gazette médicale de Paris, N° 44, 1851.)

§ I. — *Définition.*

Nous donnons le nom de paralysie essentielle à une maladie caractérisée par la perte absolue ou restreinte du mouvement et quelquefois du sentiment, dans une ou plusieurs des parties du corps, sans que l'examen attentif de l'appareil de l'innervation révèle aucune lésion matérielle des centres nerveux ou de leurs ramifications.

Il ne sera pas question, dans ce chapitre, de la paralysie du nerf facial et de celle des organes des sens, de la mydriase, de l'amaurose, de la surdité nerveuse. Dans la grande majorité des cas, la paralysie du nerf facial est, chez les nouveau-nés, le résultat d'une cause externe ; chez les enfants plus âgés, la conséquence de tumeurs glandulaires ou de la carie du rocher. Quant à la paralysie des organes des sens, nous renvoyons aux traités d'oculistique et aux monographies sur la surdité ; nous nous occuperons exclusivement ici de la paralysie des membres.

L'existence de la paralysie, correspondant à la définition que nous avons donnée plus haut, est mise hors de doute par l'in-

vestigation nécropsique ; mais si l'on se contentait, pour l'étudier, des observations où la preuve anatomique a pu être fournie, on serait réduit à une grande disette de faits. La paralysie essentielle est souvent incurable, mais elle n'entraîne jamais la mort par elle-même ; il est donc bien rare de pouvoir rechercher ses causes organiques ; d'ailleurs l'examen du système encéphalo-rachidien pratiqué à une époque très éloignée du début de la maladie, fournirait peut-être des données erronées. Il serait possible, en effet, que la moelle épinière, les nerfs, et peut-être le cerveau lui-même participassent en partie à l'état d'atrophie qui constitue la seconde période, et l'on aurait alors sous les yeux le résultat et non la cause de la maladie. Il faut donc des cas où la maladie soit récente ; je le répète, ils sont extrêmement rares, je n'en connais que deux recueillis par M. Barthez et par moi ; dans l'un de ces faits, il s'agissait d'une paralysie essentielle du bras ; dans l'autre, d'une paraplégie. L'examen le plus attentif du cerveau, de la moelle et des nerfs ne nous révéla aucune lésion appréciable à nos sens dans l'état actuel de la science.

La preuve anatomique étant exceptionnelle, nous sommes, dans bien des cas, obligés d'admettre l'existence de la paralysie essentielle par exclusion. Pour une certaine catégorie de faits, la détermination de l'espèce n'est pas difficile ; dans cette classe rentrent tous les faits de paralysie primitive partielle, instantanée, permanente ou temporaire ; ces mots s'expliquent d'eux-mêmes. Mais le diagnostic devient plus délicat, quand il s'agit de paralysie secondaire, et surtout quand la perte du mouvement a été précédée, ce qui arrive très fréquemment, d'une ou plusieurs attaques d'éclampsie. Dans ce cas, il faut faire la critique des observations, se diriger d'après la marche et la nature des symptômes cérébraux précurseurs ou concomitants, et d'après la marche de la paralysie elle-même. Ainsi, lorsqu'on ne peut logiquement admettre ni une méningite, ni une hémorrhagie méningée, ni une affection tuberculeuse du cerveau, ni, en un mot, aucune lésion organique du système encéphalo-rachidien, il est permis de conclure que la paralysie est essentielle. Ce sont les principes que nous avons suivis dans le dépouillement des nombreuses observations que nous avons analysées. S'il s'est glissé quelques erreurs dans notre appréciation, elles ne sont pas nombreuses et ne diminuent en rien l'exactitude de la description qui va suivre.

§ II. — *Mode de début et siége.*

La maladie débute de différentes manières :

Tantôt la paralysie est instantanée ; dès le début, elle atteint son apogée ; rien n'a pu la faire prévoir, et le plus souvent rien ne peut l'expliquer ;

Tantôt elle est précédée d'accidents cérébraux convulsifs ou non convulsifs, ou d'un dérangement de la santé générale, en particulier des symptômes d'une dentition difficile ; mais, comme dans le cas précédent, la perte du mouvement est soudaine, et d'emblée elle atteint son maximum ;

Tantôt enfin la maladie apparaît graduellement, lentement, à la manière des maladies chroniques, non instantanément, à la façon des affections aiguës ; ce mode de début est très rare.

Quand la paralysie est instantanée et primitive, elle est d'ordinaire partielle et atteint plus souvent le bras que l'une des extrémités inférieures, mais elle n'est presque jamais sous forme paralytique ou hémiplégique. Un enfant se couche bien portant, et le lendemain on le trouve paralysé d'un bras ; un autre reste longtemps assis sur un banc de pierre, et l'une des extrémités inférieures perd ses mouvements ; un troisième passe la nuit en voiture, et le lendemain on s'aperçoit que la jambe n'exécute plus aucun mouvement, sans que l'on observe aucun autre dérangement dans la santé générale ; la maladie est tout à fait locale et externe, et les grands viscères de l'économie ne sont nullement affectés. Le docteur Kennedy a donné à cette forme le nom de temporaire ; nous verrons plus tard ce qu'il faut penser de l'exactitude de cette dénomination. Quand la paralysie est instantanée, mais précédée de symptômes non cérébraux ou cérébraux légers ; elle est tantôt partielle, tantôt hémiplégique, tantôt paraplégique. Quand elle est précédée de convulsions, elle est le plus souvent paraplégique. Quand le début est lent, la paralysie peut être hémiplégique, paraplégique ou partielle.

Quand le début a été marqué par des symptômes cérébraux non convulsifs, c'est de la somnolence, du strabisme, de la dilatation de la pupille, de la pesanteur de tête, de la céphalalgie, que l'on observe le plus ordinairement. Ces symptômes précèdent d'un ou deux jours seulement la paralysie, et disparaissent rapidement.

Quant ce sont les convulsions qui sont le point de départ de la paralysie, elles se montrent, dans la grande majorité des cas, pendant le travail de la dentition et sous forme éclampsique, précédées ou non des symptômes indiquant une dentition laborieuse. Le plus souvent les attaques sont violentes et répétées, mais elles ne s'accompagnent pas des symptômes qui indi-

quent une affection cérébrale. L'éclampsie guérie, la maladie est terminée, mais on s'aperçoit bientôt qu'une paralysie a été la conséquence de la convulsion.

On doit rapprocher du début par les convulsions le début par la contracture; M. Kennedy en a rapporté un exemple remarquable.

Obs. I. — « Un enfant de 3 ans et demi, parfaitement bien conformé, commença à boiter au mois de mars 1847. Ce fut d'abord peu de chose ; on s'en aperçut un matin ; dans la journée, il boita davantage, et avant la fin du jour, le membre inférieur gauche était devenu si douloureux, que l'enfant, couché sur un sopha, poussait des plaintes continuelles ; le membre inférieur était fortement fléchi sur le tronc, et tout contact déterminait une douleur vive dont le siége principal était le genou. L'enfant avait un peu de fièvre ; la peau était un peu chaude, la langue chargée ; il y avait de la constipation. Je lui prescrivis un bain chaud et un purgatif léger. A peine le petit malade eut-il été plongé dans le bain, qu'il s'endormit profondément ; le sommeil dura toute la nuit, de sorte que l'on remit l'administration du purgatif au lendemain matin, époque à laquelle les douleurs se montrèrent de nouveau. Un nouveau bain produisit du calme et du repos pendant la nuit, mais moins complet que le jour précédent.

« Le lendemain matin (troisième jour de la maladie) toute douleur paraissait avoir disparu. En revanche, le membre était paralysé ; l'enfant se laissait déplacer et mouvoir dans tous les sens sans se plaindre.

« Pendant deux jours, le petit malade resta étendu sur un sopha, sans qu'on remarquât le moindre mouvement dans le membre inférieur, mais le troisième jour, on parvint, en lui promettant des joujoux à l'engager à mettre le pied à terre ; il y réussit ; il marcha en boitant pendant un jour ou deux, et les accidents disparurent. Pendant toute leur durée, la langue était demeurée chargée, mais aussitôt les douleurs vives disparues, il y avait eu un peu d'appétit. »

La paralysie succède quelquefois à la chorée. Les docteurs Kennedy et Sée en ont cité des exemples.

Les symptômes non cérébraux qui précèdent la paralysie sont le plus souvent liés au travail de la dentition ; ce sont des cris, de l'excitation, de la fièvre, de la soif, une constipation opiniâtre, de la salivation.

D'autres fois, la perte des mouvements succède à une fièvre exanthématique, gastrique, rémittente ou typhoïde. Dans ces cas,

c'est seulement dans la convalescence, au moment où l'on sort l'enfant de son lit que l'on s'aperçoit de la perte des mouvements.

Quand le début est lent et insensible, l'affection peut être congénitale, mais les parents ne s'en aperçoivent qu'à l'époque où l'enfant doit exécuter ses premiers pas.

§ III. — *Symptômes et marche.*

Quel qu'ait été le mode de début, la maladie une fois confirmée peut présenter deux périodes : l'une aiguë, l'autre chronique; l'on peut appeler aussi l'une la *période de paralysie*, l'autre la *période d'atrophie*. La maladie, dans quelques cas heureux, ne dépasse pas la première période.

Au moment où le médecin est appelé pour examiner un enfant atteint de paralysie essentielle, il constate une série de symptômes qui varient suivant la partie qui a été atteinte; dans la grande majorité des cas, quelle que soit la marche que la maladie doive suivre ultérieurement, au début ou à une époque rapprochée du début, la paralysie est complète ou à peu près complète. Les symptômes locaux varient suivant la partie qui est affectée.

Si c'est le bras qui est atteint, on le voit pendant le long du corps; si on le soulève, il retombe de son propre poids; il en résulte un aspect particulier que rien ne peut rendre, mais qu'on n'oublie jamais une fois qu'on l'a vu, dit M. Kennedy. L'immobilité de l'extrémité supérieure est quelquefois absolue, le membre ne répond à aucune excitation; d'autres fois la paralysie ne porte que sur les muscles qui font mouvoir le bras et l'avant-bras; le petit malade peut exécuter quelques mouvements avec les doigts, mais ils ne sont jamais si complets, si énergiques que dans le membre sain. Dans d'autres cas, au contraire, les doigts sont fléchis sur le pouce de la main (Richard, de Nancy). Quand on offre à l'enfant des jouets ou des objets qui piquent sa curiosité, il les saisit rapidement avec l'extrémité saine, tandis que le bras malade reste complétement immobile, ou bien pour obéir à l'ordre qu'on lui donne de bouger le bras droit ou gauche, il saisit le bras malade avec la main saine et le porte sur l'objet qu'on lui présente ou qu'on lui dit de toucher.

Si une seule des extrémités inférieures est atteinte, tantôt la paralysie porte sur tout le membre, tantôt seulement sur la jambe ou sur le pied. Si l'enfant ne marche pas encore, il agite dans son berceau sa jambe saine, tandis que s'il commençait à se traîner

autour de la chambre, il reste immobile ; s'il marche, il se sert de la bonne jambe pour sauter à clochepied (docteur Kennedy). Mais avant que cette habitude ait été prise, l'enfant ne peut se tenir debout sur sa bonne jambe ; dès qu'il détache le pied du sol, l'extrémité malade fléchit et la chûte est imminente, s'il n'est pas soutenu. Si la paralysie est incomplète, le petit malade traîne la jambe comme les adultes hémiplégiques. Quand on saisit avec la main la jambe et la cuisse, on lui fait exécuter tous les mouvements naturels au jeu de l'articulation sans résistance et sans douleur.

Quand on abandonne le membre à lui-même, il retombe ; aucun mouvement volontaire ne peut lui être imprimé ; si l'enfant est assis sur un siége élevé, la jambe pend dans un état de demi-flexion : il lui est impossible de la tendre et de la mettre en ligne droite avec la cuisse ; le plus petit mouvement même dans le sens de l'extension lui est refusé, malgré ses efforts pour le produire (Richard, de Nancy). Dans le cas où les deux membres inférieurs sont atteints, l'enfant reste immobile dans son lit ; il ne peut ni se soutenir, ni faire un pas, à moins que la paralysie ne soit incomplète.

L'examen attentif des membres paralysés ne fait, dans la grande majorité des cas, reconnaître d'autres symptômes que ceux mentionnés plus haut. Les extrémités malades (sauf dans les cas où la paralysie a été précédée de contracture aiguë) ne sont le siége d'aucune douleur ; la peau a sa température et le plus souvent sa couleur normale. M. Richard (de Nancy) a cependant noté (sur un enfant de 4 mois, atteint d'une paralysie du bras, une contracture des doigts avec léger degré d'engorgement, accompagné d'une nuance ardoisée de la peau de l'avant-bras. La sensibilité est presque toujours conservée.

La paralysie est toute la maladie ; les symptômes concomitants sont nuls ou insignifiants si le début a été instantané.

Si la perte du mouvement a succédé à des symptômes nerveux, convulsions, contractures, etc., ces symptômes ont disparu une fois que la maladie est établie, ou bien il reste encore de la dilatation de la pupille (Badham) et la contracture des doigts (Richard). Si la dentition laborieuse ou le dérangement des voies digestives sont la cause de la paralysie, on voit les symptômes propres à ces maladies, en particulier la constipation, persister pendant quelques jours (Kennedy-West). Il est bien important de noter que les viscères ne participent en rien à la maladie ; on n'observe ni rétention ni incontinence d'urine.

Marche. — La paralysie essentielle est loin de suivre toujours

la même marche ; deux cas peuvent se présenter : ou bien elle disparaît complétement et rapidement, ou bien elle persiste avec ou sans amélioration. Quand la paralysie disparaît rapidement et complétement, on n'observe pas d'autres symptômes que ceux que nous avons décrits et qui constituent la *période de paralysie*. Mais quand elle dure pendant quelques semaines ou quelques mois, alors même que le retour des mouvements commence à s'effectuer, il survient une seconde série des symptômes (*période d'atrophie*) qui a été surtout fort bien décrite par Heine : ce sont l'abaissement de la température, l'atrophie musculaire, le raccourcissement ou plutôt l'arrêt de la croissance des extrémités, des déformations de la colonne vertébrale et des membres.

La température des parties paralysées baisse peu après le début, et à mesure qu'on s'en éloigne, à mesure aussi le refroidissement devient plus considérable. Heine cite un cas où dans le jarret le thermomètre Réaumur ne marquait plus que 14 degrés. Ce refroidissement a été noté dans les cas de paralysie d'une des extrémités inférieures et dans la paraplégie, mais nous ne le trouvons pas mentionné dans la plupart des observations de paralysie du membre supérieur publiées par les auteurs et dans celles que nous avons recueillies nous-mêmes. A mesure que le refroidissement fait des progrès, à mesure aussi on voit la peau changer de couleur : la teinte d'abord ardoisée devient ensuite d'un violet de plus en plus foncé. Comme pour le refroidissement, le changement dans la coloration ne s'observe qu'aux extrémités inférieures.

De nouvelles observations sur l'état de la circulation dans les membres refroidis et atrophiés sont nécessaires, mais il est évident que le calibre des vaisseaux participe à l'atrophie générale. Le docteur Heine a noté, dans un cas de paralysie du bras qui durait depuis trois ans, que l'on pouvait à peine sentir les battements du pouls radial; j'ai fait la même remarque dans un cas pareil; les battements de l'artère brachiale avaient très peu d'amplitude. J'ai aussi constaté sur une jeune fille dont la paralysie instantanée de toute l'extrémité inférieure droite datait de trois ans et demi, que les battements de l'artère fémorale étaient faibles et frémissants, tandis que du côté sain ils avaient l'amplitude et l'énergie normales. Sur un autre enfant atteint d'une paralysie de la jambe survenue insensiblement, j'ai noté que les battements de l'artère pédieuse étaient très peu appréciables, tandis que ceux du côté opposé étaient énergiques.

L'atrophie des membres porte sur tous leurs éléments consti-

tuants, y compris les os. C'est ce que la mensuration prouve d'une manière évidente ; le diamètre et la longueur sont également diminués. L'atrophie est bien plus considérable dans l'enfance que dans l'âge adulte, parce que à la diminution du volume de la partie frappée de paralysie se joint l'arrêt de la croissance que le développement normal et progressif du côté opposé rend plus apparent encore. Voici un exemple remarquable du degré auquel l'atrophie peut parvenir ; je cite avec d'autant plus de confiance que j'ai été témoin du fait.

Obs. II. — Sur une jeune fille, atteinte de paralysie instantanée de l'extrémité inférieure droite et pour laquelle j'ai été consulté à Genève, M. Richard (de Nancy), médecin ordinaire de l'enfant, a constaté, quatre ans après le début, à quel degré l'arrêt de développement avait rendu les membres inégaux. Voici les détails de cette mensuration.

	Membre droit.	Membre gauche.
1° Du grand trochanter à la malléole externe.	49 cent.	54 cent. 5 mil.
2° De la rotule à la malléole. . . .	29	32
3° Longueur du pied, du talon au gros orteil.	14 5 mil.	18

J'ajouterai que cinq mois auparavant, j'ai constaté moi-même, outre le raccourcissement, une notable diminution dans l'épaisseur du membre. A droite, trois travers de doigt au-dessus de la rotule, 20 cent. ; à gauche, 16. Au milieu de la cuisse, 29 cent. à droite ; 22 à gauche. La taille de l'enfant mesurait 116 cent.

La paralysie entraîne, soit dans les membres eux-mêmes, soit dans la colonne vertébrale des déformations qui, déjà signalées par Schaw, ont été spécialement étudiées par le docteur Heine. Quand c'est le bras qui est atteint, il résulte de la paralysie et de l'atrophie du deltoïde une déformation indiquée par les docteurs Heine, West et Richard. « Deux fois, dit le docteur West, j'ai vu le bras complétement disloqué ; l'humérus pendait en dehors de la cavité glénoïde, et en mesurant depuis l'accromion jusqu'à l'extrémité des doigts, j'ai vu le membre allongé de trois quarts de pouce. » M. Richard qui a observé un fait analogue explique l'allongement apparent par le relâchement de l'articulation de l'épaule déjà signalé par Heine. « Le poids du membre, dit-il, a allongé le deltoïde et le ligament capsulaire. On trouve au-dessous de la saillie acromiale un espace libre ; la tête humérale n'est plus au niveau de la cavité glénoïdale ; cette tête est

amoindrie et se tourne un peu en arrière, vers la fosse sous-épineuse. Le bras tout entier semble avoir subi un mouvement de rotation sur son axe perpendiculaire ; mesurés au compas, le bras et l'avant-bras sont plus petits que du côté opposé. »

J'ai moi-même observé un fait offrant beaucoup d'analogie avec le précédent, et comme c'était le premier de cette espèce qui se présentait à mon examen, je fus tenté d'abord de croire à l'existence d'une luxation de l'épaule.

Obs. III. — Un enfant de 2 ans était atteint depuis l'âge d'un an d'une paralysie essentielle du bras gauche. A début, la paralysie avait été complète et de toute l'extrémité ; quatre mois plus tard la motilité s'était peu à peu améliorée ; au bout d'un an il pouvait facilement porter la main à son visage, prendre et retenir les objets qu'on lui présentait. Mais les mouvements étaient encore limités, et il ne se servait jamais spontanément de l'extrémité malade. Le membre était atrophié, les muscles étaient flasques, sans ressorts ; la température n'était pas abaissée. En examinant avec soin l'épaule, je fus frappé de la saillie que faisait l'acromion ; au-dessous il y avait une dépression en coup de hache, comme dans la luxation en bas et en avant ; la partie postérieure de l'épaule était aplatie. Cette dépression différait de celle de la luxation, parce que celle-ci est beaucoup plus prononcée, ainsi que la saillie acromiale ; en outre, la ligne qui s'étend de l'acromion est verticale dans la luxation, tandis que chez mon malade elle était oblique de haut en bas, de dedans en dehors, à peu près comme à l'état normal. En appuyant d'une main de haut en bas sur l'acromion, et de l'autre en remontant le coude, la dépression anormale disparaissant ainsi que la saillie, l'épaule recouvrait sa rotondité, et ne différait plus de l'autre que par un volume moindre dû à l'atrophie musculaire. Les mouvements passifs de l'épaule étaient conservés dans toute leur intégrité, sans roideur, sans obstacle, sans douleur, ce qui n'a jamais lieu dans une luxation.

Deux ans plus tard, l'atrophie persistait, mais le relâchement articulaire était moins marqué ; le cercle des mouvements s'était étendu, car l'enfant pouvait en levant son bras le faire arriver sur sa tête, tandis qu'autrefois il avait peine à atteindre son nez.

La déformation des extrémités inférieures indiquée par le docteur Heine consiste dans la flexion de la cuisse sur le bassin, et de la jambe sur la cuisse, dans l'incurvation du membre. Dans les pieds-bots de différentes formes, ces déformations sont la conséquence, les unes de la rétraction musculaire dans les muscles antagonistes de ceux qui ont été paralysés, les autres des

efforts pour marcher que l'enfant fait prématurément. La colonne vertébrale participe elle-même à la déformation, et on observe une scoliose bien prononcée.

Les déformations en sont d'autant plus considérables que la maladie dure depuis plus longtemps. Je choisis au hasard dans les observations de Heine un exemple dans lequel plusieurs de ces difformités sont réunies.

Obs. IV. — Un enfant, âgé de 9 mois, est atteint d'une paraplégie, à la suite de trois crises d'éclampsie survenues dans l'intervalle d'une demi-heure, sans d'autres symptômes cérébraux. A l'âge de 5 ans, lorsqu'il fut conduit dans l'établissement du docteur Heine, il était dans l'état suivant : « La colonne vertébrale, dans sa partie inférieure, dorsale et supérieure lombaire, dévie à gauche ; la pression sur les vertèbres n'est pas douloureuse ; les extrémités inférieures sont atrophiées surtout du genou au pied, elles sont dirigées en dehors, elles sont froides, ne peuvent être réchauffées et ne transpirent jamais ; leur teinte est violette. On observe une forte contraction dans les articulations de la hanche et du jarret et deux pieds-bots, les tendons sont raccourcis, très-tendus, résistant à tout essai pour les allonger ; les muscles du bassin sont imparfaitement développés et sans force ; la saillie des trochanters est à peine marquée ; les rotules sont très petites, les os longs très amincis. La paralysie n'est pas absolue ; le malade peut encore un peu plier les articulations de la hanche et du genou, et les redresser autant que les contractures le permettent ; il peut aussi faire les mouvements d'adduction et d'abduction et fléchir légèrement les orteils ; les pieds ne sont pas capables du moindre mouvement volontaire ; l'enfant ne peut pas se tenir debout et marcher même avec des béquilles. Quand on le soutient au-dessous des épaules, il peut avancer l'extrémité inférieure gauche. »

Quoique la paralysie musculaire soit portée à un haut degré et ait entraîné toutes les conséquences que nous venons d'énumérer, la sensibilité persiste intacte. Le docteur Heine fait observer que les malades, même à une époque très éloignée du début, jouissent d'une santé générale satisfaisante, que les fonctions digestives et urinaires sont normales, et que l'intelligence et les organes des sens ne présentent aucun dérangement appréciable.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VI. Chirurgie, Orthopédie et Ophthalmologie.

PATHOLOGIE EXTERNE.

15. *Note sur un nouveau traitement, par mouchetures, des tumeurs blanches avec fongosités de la synoviale* ; par M. LAUGIER, chirurgien de la Pitié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris.

(L'Union médicale, N° 90; 31 juillet 1851.)

Si l'anatomie pathologique des tumeurs blanches a fait de réels progrès dans ces dernières années, on est bien forcé de convenir que leur traitement est resté à peu près stationnaire. Il est incontestable que les travaux récents de M. Gerdy sur l'ostéite, de M. Richet sur les altérations diverses que subissent la synoviale, les ligaments, les cartilages, ont beaucoup ajouté aux connaissances des pathologistes touchant l'histoire des tumeurs blanches ; mais il ne l'est pas moins qu'à part quelques applications heureuses de la *position*, et de la *méthode inamovible* aux maladies articulaires, leur traitement est resté ce qu'il était, c'est-à-dire, dans la grande majorité des cas, complétement inefficace. Aussi, les malades atteints de ces affections sont-ils presque toujours condamnés soit à des infirmités et des déformations incurables, soit à des opérations graves qui les mutilent, sans leur assurer la guérison, soit enfin à une mort lente et douloureuse. Il serait donc du plus grand intérêt pour l'humanité de faire quelques pas vers la découverte d'un traitement véritablement utile. Peut-être faut-il chercher la base de ce traitement dans les progrès récents de l'anatomie pathologique : en effet, c'est surtout pour les malades du domaine de la chirurgie que les recherches d'anatomie pathologique doivent trouver une application, car elles peuvent conduire à un traitement local en rapport plus direct avec les lésions.

Je ne veux point dire que dans les tumeurs blanches le traitement local puisse suffire ; le traitement général pour les cas si nombreux où la constitution joue un rôle dans leur production, sera toujours un auxiliaire indispensable, et sans lequel peut-être les moyens locaux resteraient sans effet durable ; mais ces moyens locaux sont jusqu'ici si insuffisants, si peu directs ; leur action, quelque rapprochée qu'on la suppose de l'articulation malade, est tellement loin encore de la lésion, qui altère et détruit cette articulation, que l'on conçoit facilement comment elle n'obtient

si souvent aucun résultat avantageux. La chirurgie semble en effet, jusqu'ici, désarmée en présence des tumeurs blanches ; ou si elle agit avec puissance et autorité, c'est en mutilant, et en dépassant le but, qui est toujours la conservation non seulement de la vie du sujet, mais de la partie malade. J'ai eu recours assez souvent moi-même à l'amputation des membres, ou de portions de membres, à l'occasion des tumeurs blanches, pour ne point m'élever ici amèrement, injustement, contre cette dernière et quelquefois précieuse ressource. Dans les circonstances où on l'emploie d'ailleurs, on y est toujours autorisé par les désordres locaux désormais au-dessus de tout autre moyen local, et par les accidents généraux, qui compliquent la maladie articulaire. Aussi faut-il réserver l'amputation ou la résection pour les cas qui l'exigent impérieusement ; et ne peut-on avoir la pensée d'y soustraire le malade qu'en attaquant énergiquement et directement la maladie à une période moins avancée.

Est-il nécessaire de passer en revue les moyens locaux usités ?

Je le ferai en peu de mots, pour faire sentir en quoi la méthode que j'essaie aujourd'hui en diffère. Les moyens principaux sont : les saignées locales, les frictions irritantes, les vésicatoires répétés, les cautères, les moxas, la cautérisation transcurrente, la compression et l'immobilité de l'articulation.

Les saignées locales conviennent particulièrement à la période aiguë des tumeurs blanches, et surtout à celles qui dérivent de la disposition rhumatismale. Il est vrai que, dans la période chronique, Lisfranc les avait préconisées, à petites doses, pour ainsi dire, et souvent répétées ; mais de quelque manière qu'on les emploie, par les ventouses scarifiées ou les sangsues, à quelque période de la maladie qu'on agisse, il est facile de voir que ces saignées locales ne s'adressent point directement, qu'on me passe l'expression, au système vasculaire de la lésion. Par leur usage, l'altération morbide des os en reçoit-elle moins de sang ? la synoviale enflammée et fongueuse serat-elle moins vasculaire ? S'il en est ainsi, ce ne sera que momentanément, en raison de l'affaiblissement général du sujet produit par ces saignées répétées, et auquel on n'a jusqu'ici trouvé d'avantages réels qu'au point de vue du succès des amputations.

Les saignées locales telles qu'elles sont employées jusqu'ici n'agissent donc guère que comme moyens dérivatifs. Elles allègent les douleurs, diminuent une congestion passagère, mais elles n'attaquent point directement la lésion. Elles contribuent à sa guérison *spontanée*.

Les frictions, les vésicatoires volants, les cautères, les raies de

feu, les moxas, moyens plus puissants, sans aucun doute, et plus dérivatifs, parce qu'ils créent une inflammation extérieure d'une certaine durée pendant laquelle le sang qui se porte aux téguments irrités, au tissu cellulaire sous-cutané congestionné, mis à nu et en suppuration, ne se rend point à l'articulation malade, favorisent aussi la guérison spontanée, secondent la nature, quand elle tend à la réduction et à la transformation fibreuse des fongosités, mais leur action est encore indirecte.

Que dire après cela de la compression ?

1° Qu'elle n'est point toujours supportée, et cela se conçoit, parce qu'elle agit sur des parties enflammées et douloureuses ; parce qu'en affaissant les tissus extérieurs de l'articulation elle peut forcer le sang à refluer à l'intérieur lorsque la synoviale est déjà fongueuse ; de là un accroissement dans les accidents.

2° Qu'elle convient surtout, et l'on pourrait dire seulement dans les tumeurs blanches, dont les tissus extérieurs sont le siége primitif et exclusif.

Je sais qu'elle a été vantée dans les maladies des extrémités osseuses, et moi-même, dans le tome 1er de mon *Bulletin chirurgical*, j'ai rendu compte du mémoire de M. Lavacherie, de Liége, et de quelques essais que j'avais entrepris à Beaujon, d'après ses idées. Mais je dois dire que je n'ai jamais vu de guérisons et même d'amélioration soutenues, obtenues par ce moyen. Je ne considère donc la compression que comme un adjuvant utile dans un petit nombre de cas.

Parmi les moyens que je viens d'indiquer et qui sont les plus énergiques que l'on connaisse, il n'en est aucun de *direct* ; aucun d'eux n'agit en effet sur les vaisseaux mêmes qui constituent le développement morbide de la synoviale. Or, l'étude faite par M. Richet, des fongosités de cette membrane, ne laisse aucun doute sur leur nature éminemment vasculaire. D'autre part, on sait aussi que la surface externe de la synoviale est pourvue d'un tissu cellulaire riche en vaisseaux, et qu'il participe bientôt à la maladie par un développement extraordinaire dû à l'organisation de la lymphe coagulable qu'il sécrète.

La synoviale acquiert en conséquence une grande épaisseur due en dedans à ses fongosités et aux fausses membranes dont elle se couvre, et en dehors à l'épaississement quelquefois considérable du tissu cellulaire qui la double.

Pour agir *directement* sur les fongosités, il suffisait de remarquer les rapports vasculaires établis entre elles et le tissu cellulaire extérieur à la synoviale, et l'espèce de solidarité qui en résulte entre ces deux éléments de la membrane épaissie. J'ai

tiré de cette remarque un moyen thérapeutique direct qui m'a réussi, et que je tiens à faire connaître afin que les expériences se multiplient. En effet, si je puis douter encore de son efficacité définitive pour opérer la guérison d'une tumeur blanche, j'ai constaté sa parfaite innocuité et la promptitude avec laquelle il produit des changements favorables dans la maladie articulaire, *diminution prompte des douleurs, affaissement immédiat et prolongé du tissu cellulaire fongueux, extérieur à la synoviale* ; telles sont les modifications observées et appréciables par tous.

Cette méthode consiste à plonger la lancette hardiment à la profondeur de plusieurs lignes dans la tumeur blanche, aux points de sa surface où l'état fongueux du tissu cellulaire a le plus d'épaisseur et se distingue le mieux de la fluctuation. Plusieurs ponctions peuvent être faites successivement dans la même séance ; leur effet immédiat est une saignée locale abondante par chacune des mouchetures ; il s'écoule soixante à cent grammes d'un sang noir, plutôt veineux qu'artériel ; la fongosité ponctionnée s'affaisse aussitôt ; elle ne disparaît pas complétement il est vrai, mais d'élastique et résistante qu'elle était, elle devient souple et mollasse. Cet affaissement persiste plusieurs semaines, toutefois, les mouchetures doivent être répétées soit en d'autres points, soit au même lieu, pour obtenir la réduction complète et permanente de l'état fongueux. On comprend très bien qu'une saignée locale, qui s'obtient des vaisseaux mêmes du tissu morbide, doit avoir une grande efficacité. Ces mouchetures du tissu altéré agissent peut-être de plusieurs manières, et ce n'est pas encore le moment de signaler leurs divers modes d'action, s'il en est plusieurs ; mais je ne puis me défendre de croire, en constatant la cessation si rapide des douleurs profondes, que les fongosités intra-articulaires sont aussi promptement modifiées par ces mouchetures, qui n'intéressent cependant qu'une partie de l'épaisseur de la synoviale.

Obs. I. — Un jeune homme, actuellement couché dans la salle Saint-Gabriel, à la Pitié, est soumis depuis un mois environ à ce traitement. Il est affecté depuis plusieurs mois d'une arthrite du coude droit, avec développement rapide de fongosités synoviales; dès son arrivée à l'hôpital, on pouvait constater de de chaque côté de l'olécrâne une résistance élastique qu'il eût été facile de confondre avec la saillie de la synoviale dans l'hydropisie de cette articulation. Tous les praticiens savent combien de fois cette erreur a été faite aux environs des articulations du coude, du genou et du pied ; mais avec un peu d'attention, et après plusieurs explorations, s'il le faut, on distingue l'état fongueux de

la membrane synoviale de l'accumulation de la synovie ou d'un liquide séreux dans sa cavité. Je ne tardai donc point à reconnaître la tumeur blanche qui a la synoviale pour siége primitif. Il y avait toutefois une douleur modérée, même dans les mouments de l'articulation, bornés, mais encore possibles ; l'extension ne pouvait être faite complétement; la flexion passive était assez étendue ; les mouvements de supination et de pronation de l'avant-bras étaient les plus douloureux ; dans ces mouvements, aucune crépitation articulaire. La région du coude offrait une augmentation de volume évidente, mais c'était surtout, comme je l'ai déjà dit, en arrière et de chaque côté de l'olécrâne que la tuméfaction était le plus prononcée et la maladie le mieux caractérisée. Malheureusement je ne fis usage, au début, que des moyens ordinaires : quelques applications de sangsues, des vésicatoires volants, la compression, furent d'abord mis en usage sans succès. J'employai alors deux fois les raies de feu; un soulagement marqué fut produit, mais la maladie reprit son cours ou plutôt continua ses progrès, et l'aspect fongueux se rendit plus manifeste en arrière, où l'articulation et le cubitus ne sont pas couverts de muscles épais. C'est alors qu'une étude plus approfondie de la maladie, un examen plus réfléchi des travaux d'anatomie pathologique des tumeurs blanches, et en particulier de ceux de M. Richet, m'ont conduit à essayer les mouchetures profondes de la synoviale, épaisse dans ses couches les plus superficielles, et la ponction profonde du tissu cellulaire fongueux extérieur au cubitus. Dès la première ponction, écoulement de sang abondant, affaissement de la tumeur autour du point ponctionné; soulagement des douleurs. Aujourd'hui, le coude a été ponctionné quinze fois et dans toute la portion postérieure de la tumeur blanche, les fongosités sont molles, flasques, réduites ; les douleurs intra-articulaires sont nulles. Il s'en faut de beaucoup, cependant, que le malade soit guéri. Déjà un abcès circonvoisin avait eu lieu au-dessus de l'épitrochlée avant les mouchetures. D'autres se sont formés depuis et ont eu pour point de départ évident une partie de cette articulation complexe, moins accessible aux mouchetures, c'est l'articulation de la tête du radius ; un abcès a été ouvert au côté externe et à la partie moyenne de l'avant-bras. Il communique avec un autre foyer situé au pli du coude.

Les ligaments latéraux de l'articulation paraissent relâchés. Il y a une grande mobilité de l'articulation de dehors en dedans. Aucune crépitation articulaire. Le coude et l'avant-bras sont volumineux, le bras a maigri ; le malade, sans éprouver d'acci-

dents colliquatifs, a moins d'embonpoint, et accuse une assez grande faiblesse ; cette maladie articulaire, telle qu'elle est encore aujourd'hui, est donc fort grave, car le traitement véritablement efficace a été tardif ; j'ignore tout à fait si le membre pourra être conservé, mais le changement favorable obtenu en peu de jours par les mouchetures profondes, est tellement notable, qu'il excite l'attention de toutes les personnes qui suivent ma visite, et que je n'ai pas perdu tout espoir de conserver le bras.

Obs. II. — Un autre malade, traité dans la même salle, a une nécrose du deuxième métacarpien droit, dans le voisinage de son articulation phalangienne. Vis-à-vis le point nécrosé existe un ulcère fongueux à travers lequel la nécrose a pu être reconnue par le stylet. L'articulation métacarpo-phalangienne est saine. Cependant au-dessous d'elle, et à son niveau, existe un état évidemment fongueux du tissu cellulaire sous-cutané : on croirait à une tumeur blanche articulaire ; mais en faisant mouvoir l'indicateur, on reconnaît que l'article n'est pas malade. Le 17 juillet j'ai essayé une moucheture profonde sur ce tissu cellulaire fongueux résistant, élastique, douloureux à la pression, en évitant, bien entendu, les vaisseaux du doigt ; écoulement de sang veineux, une cuillerée à bouche environ, soulagement immédiat, affaissement du tissu fongueux. Le 18, ce tissu est mollasse, et réduit d'environ la moitié de son épaisseur. Le 30 juillet, l'amélioration est plus notable encore.

Les jours qui suivent les mouchetures, l'écoulement de sang est remplacé par un suintement séreux, auquel s'est mêlé pour quelques-unes une petite quantité de suppuration.

Il est impossible, aujourd'hui, de juger cette méthode, et on pourrait trouver que je me suis trop hâté de la faire connaître, si je n'avais point eu pour principal but d'en multiplier les essais. Mais en l'absence d'un jugement définitif, qui serait prématuré, on peut du moins la caractériser en partie par l'analogie qu'elle offre avec la méthode de Dobson dans le traitement du phlegmon diffus sous-cutané. On sait que cette méthode consiste à ponctionner les téguments de manière à pénétrer dans le tissu cellulaire, qui est le siége principal de la maladie. Du sang, puis de la sérosité s'écoulent par les mouchetures, et si la méthode a été appliquée à temps, le phlegmon diffus peut être arrêté dans sa marche : c'est une méthode *abortive*. Il sera difficile que la méthode des mouchetures et des scarifications du tissu fongueux extra-articulaire que je propose puisse être employée aussi près du début de l'affection que la méthode de Dobson. Mais comme celle-ci, elle attaque et traverse le tissu morbide, elle va, pour

ainsi dire, au cœur de la maladie; comme elle, elle est abortive.

Dans quelle mesure réussira-t-elle ? Quelle sera la proportion, la portée de ses succès : quel procédé sera préférable ? Quelles sont les contr'indications à son emploi ? Comment pourrait-elle être dangereuse ? Ce sont des questions que je me borne à soulever et sur lesquelles je reviendrai plus tard : je n'ai fait aujourd'hui qu'indiquer la méthode.

---

16. *Hydarthrose du genou gauche* ; —*injection iodée* ; — *guérison* ; —*réflexions* ; par M. le docteur MARTININQ, ex-chirurgien de marine de première classe, à La Seyne, près Toulon (Var).

(L'Union médicale, N° 95 ; 12 août 1851.)

La bonté et l'innocuité des injections iodées dans les grandes articulations, ne sont pas tellement prouvées pour tous les chirurgiens, qu'il soit permis de négliger, ou de cacher au monde médical les faits nouveaux de réussite par ce moyen inattendu de thérapeutique, dans des lésions aussi graves. Je crois donc ne remplir que mon devoir, comme médecin, en vous priant de me permettre d'offrir le fait suivant à l'appréciation de vos lecteurs.

Mme Tr...., née Sabatier, âgée de 38 ans, d'une taille assez élevée, embonpoint assez médiocre ; teint pâle, un peu jaunâtre ; constitution lymphatico-nerveuse, fut atteinte de la grippe le 22 novembre 1847. — Le 12 juillet 1849, elle présenta un gonflement presque indolore du genou gauche qui disparut après quelques frictions iodurées et laudanisées. — Le 29 décembre 1849, retour de la tumeur, s'étendant un peu dans la partie inférieure et antérieure de la cuisse; que les mêmes moyens firent de nouveau résoudre. — Le 25 septembre 1850, réapparition de l'hydarthrose ; mêmes frictions, plus l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue à l'intérieur. Guérison apparente en deux mois. Pendant l'été, elle avait pris des bains de mer. — Enfin, le 3 janvier 1851, même tumeur avec bronchite non fébrile. Toux sèche, fréquente, pouvant faire penser à la tuberculisation commençante du poumon. Quant à la tumeur, il était impossible de ne pas diagnostiquer une hydarthrose occupant l'articulation fémoro-tibiale, et soulevant jusqu'au tiers moyen de la cuisse la masse commune aux muscles extenseurs de la jambe. Sentiment de pesanteur sans douleur permanente, mais avec quelques élancements. La circonférence de l'articulation malade était de moitié plus grande que celle de sa congénère.

Traitement employé du 3 janvier au 10 mars, jour de l'opération : préparations de feuilles de noyer ; iodure de potassium ; huile de foie de morue ; frictions avec l'iodure de potassium d'abord, puis avec l'iodure de plomb. Compression : cataplasmes résolutifs, sirop de lactucarium, potions laudanisées ; régime nourrissant, légèrement excitant.

Sous l'influence de ces agents, la toux s'amenda, cessa même ; la tumeur articulaire parut vouloir être résorbée, mais elle reparaissait toujours plus volumineuse et gênant davantage les mouvements du membre malade.

Convaincu de l'inutilité de nos efforts pour amener une guérison définitive après quatre récidives, et la permanence de la collection, qui ne diminuait quelquefois que pour reparaître plus considérable qu'avant ; croyant, en outre, d'après les symptômes, qu'il n'existait aucune dégénérescence profonde des tissus articulaires ; persuadé de l'innocuité des injections iodées par la lecture des différents faits rapportés dans les journaux, celui, entr'autres, de M. Barrier, de Lyon (tome XXXV, *Bulletin de thérapeutique*, page 183), et ceux bien plus étonnants où la même teinture a été employée avec succès dans le péritoine ; pensant, dès lors, qu'il serait au moins inutile de soumettre la malade aux douleurs des larges vésicatoires, avant d'en venir à un moyen reconnu bien plus efficace, je proposai l'opération qui fut acceptée, et pratiquée le lundi 10 mars, à onze heures du matin, avec l'aide du docteur Jules Roux, second chirurgien en chef de la marine, à Toulon, ainsi qu'il suit : ponction avec l'instrument de M. Guérin, de dehors en dedans, et obliquement de haut en bas, de manière à arriver dans la séreuse par sa partie moyenne et supérieure, après avoir parcouru une route souscutanée d'environ 6 centimètres. Nous éprouvons quelques difficultés pour arriver dans la cavité, et pour pomper le liquide. Nous finissons cependant par en retirer environ les deux tiers d'un verre. Il est moins aqueux que dans l'état normal, et il ressemble assez à une décoction épaissie de graines de lin d'une couleur rousse (1). Injection de 150 grammes de teinture d'iode et d'iodure de potassium, qui sont extraits par la pompe, après quelques minutes.

Douleur vive pendant la ponction, l'injection et l'extraction du liquide. La douleur va en augmentant toute l'après-dînée. Une bande sur une genouillère, légèrement comprimante, avait été appliquée après l'opération. Je l'enlève, et la malade éprouve un grand soulagement (2). Diète, potion laudanisée.

Nuit du 10 au 11 mars. Douleur *excessive*, c'est le mot employé

par la malade (3). Sommeil nul, agitation, tuméfaction incolore du genou.

Le 11 mars au matin. Douleur toujours vive, même gonflement, pouls à peine fréquent, presque normal, visage animé.

Le 11, à midi. Douleur supportable, toujours très vive pourtant. Cataplasme de lin et de pavots.

Le 11, au soir. Douleur moindre, un peu de sommeil.

Le 12, sensation de pesanteur dans la jambe. Quelques élancements de temps en temps dans l'articulation; même cataplasme.

Bonne nuit du reste, sommeil, pouls calme. Cataplasme. (4).

Le 13, sommeil; pesanteur, puis chaleur à la face antérieure de la jambe; quelques élancements dans le genou, qui est moins tuméfié. Cataplasme.

Le 14. Bonne nuit, plus de douleur! Tuméfaction moindre.

Du 15 au 18. Sommeil; plus de douleur, mais persistance de la tuméfaction articulaire.

Compresses de sureau, sur lesquelles je laisse tomber quelques gouttes seulement de la matière de l'injection restant dans une bouteille.

Le 19, ces compresses ont déterminé une douleur locale externe vive; elles produisent même des plaques rouges partout où elles ont touché la peau. Compresses de sureau.

Le 20, chaque plaque rouge offre une cloche remplie de sérosité (5). Diminution peu sensible de la tumeur; empâtement au-dessus et autour de la rotule.

Les 21 et 22, même état. On discontinue les compresses de sureau, et on les remplace par du coton en rame.

Le 23, mieux quant aux douleurs. On sent toujours un liquide assez abondant au-dessus de la rotule, dans le quart inférieur de la cuisse.

Du 24 au 29, plus de douleur. Diminution lente de la tumeur; couche épidermique de la peau parcheminée; elle s'enlève par écailles minces.

Du 29 au 5 avril, la tuméfaction est à peine sensible; plus de liquide épanché. Épaississement des tissus autour de la rotule. Douleur passagère dans l'épaisseur, le long de la crête et de la face antérieure du tibia.

Le 7, un mois environ après l'opération. Circonférence du genou malade égale à celle du côté opposé. Plus de liquide appréciable, douleur nulle; *faiblesse* de l'articulation. La malade ne peut pas s'appuyer sur elle sans être soutenue. Quelques

mouvements sont permis, mais d'une manière très modérée, parce que je crains que Mme Tr... n'ait dans les tissus articulaires une altération relative à la diathèse scrofuleuse, qui paraît être la sienne.

Le 14. La malade ne souffre plus, et marche un peu plus facilement. Genou malade égal à l'autre. Préparations de noyer.

Le 14 mai, douleur à la partie antérieure et inférieure de la cuisse. Frictions avec le laudanum et la teinture de belladone. Continuation de préparations de noyer.

Le 23, la douleur n'existe plus. Il y a seulement un peu de sensibilité obscure dans le membre.

Du 23 mai au 5 juin, quelques élancements passagers dans le genou, de loin en loin. Teint bon, progression facile, santé satisfaisante; retour complet de tous les tissus articulaires à l'état normal.

Réflexions.

(1) Cette petite quantité de liquide ne rendant pas raison du développement de la tumeur, il paraîtrait que son volume était principalement dû à l'épaississement des parties molles, à l'induration des tissus périarticulaires.

(2) Cette bande est-elle nécessaire? dans quel but l'applique-t-on? veut-on empêcher la tuméfaction consécutive à l'injection? C'est impossible. Cette tuméfaction est inévitable et tout moyen compressif ne peut que rendre la douleur plus intense. En dernière analyse, je pense que tout pansement immédiatement après l'injection est inutile, et je compte le supprimer un cas semblable nouveau échéant.

(3) N'oublions pas de faire observer que nous sommes dans le Midi, où la sensibilité est beaucoup plus développée que dans le Nord, et où les habitants parlent rarement au positif en rendant compte de leurs sensations. Quoi qu'il en soit, quelle est la nature d'une douleur que la malade qualifie d'excessive, et qui cependant influence tellement peu l'organisme en général, que le pouls conserve ses qualités presque normales? Toute autre substance que la teinture d'iode injectée dans l'articulation, n'aurait-elle pas produit plus de fièvre avec une douleur même moindre? Ici commence l'inconnu et l'incompréhensibilité de la médication.

(4) Ainsi, du lundi, à onze heures du matin, au mardi soir à six heures, ou soit après trente heures environ, la douleur, d'abord *excessive*, va graduellement en diminuant, et cesse

presque entièrement dans la nuit du mardi au mercredi, trente-cinq heures après l'opération. Alors, il ne reste plus qu'une tuméfaction locale avec élancements et pesanteur, sans sympathies morbides dans l'organisme. Calme parfait partout ailleurs. Fonctions normalement remplies par tous les autres organes, presque comme si l'articulation malade avait cessé ses rapports avec les divers points de cet organisme. En connaissant tout ce qui a été écrit sur le danger des maladies articulaires, sur les irradiations pathologiques terribles que les lésions des articulations produisent, on ne peut qu'être étonné d'une pareille innocuité. Que se passe-t-il donc au point de contact de la molécule organique malade et de l'iodique?.... Dirons-nous avec M. Boinet (du traitement des abcès par congestion) *que la teinture d'iode cautérise, resserre, racornit les tissus qu'elle touche; qu'une véritable fluxion phlegmasique succède à ces premiers effets; que l'absorption est empêchée, et qu'une sécrétion de matière unissante a lieu ?.....*

Sans doute, il paraîtrait que les choses se passent ainsi, mais *pourquoi* se passent-elles ainsi sous l'influence de l'iode ? C'est ce que nous ignorons, et ce qu'il faudrait pourtant connaître, pour que ce qu'on appelle une science ne fût pas seulement de l'empirisme. Peut-être un jour arrivera-t-on à ce degré de précision scientifique; et il me semble que la seule voie qui puisse nous y conduire est la chimie, puisque, seule, elle peut nous faire connaître les réactions moléculaires ou atomiques auxquelles, en définitive, se résument toutes les actions, j'allais dire organiques, mais je me contenterai d'ajouter *médicamenteuses*. Je crois que, dans l'*espèce*, il serait assez difficile de faire intervenir le *dynamisme*, mot à reflet scientifique par son radical grec, qui, comme ceux qu'il a remplacés, *propriétés vitales* ou *organiques*, etc., etc., m'a toujours laissé aussi ignorant de ce que je brûlais de connaître, après qu'avant de l'avoir prononcé.

Acceptons les faits, cependant, en attendant mieux; mais avouons, puisque nous ne savons pas encore les expliquer, et que cette impuissance dépend de l'ignorance où nous sommes de ce qui se passe dans l'intimité de nos tissus, que la médecine, quant à sa partie dite thérapeutique au moins, peut être un *art*, mais n'est certainement point encore une science.

(5) Effet vésicant remarquable et inexplicable, attendu la petite dose de solution iodurée, diluée dans l'eau de sureau. Cet effet externe de la matière de l'injection, rend encore plus étonnante l'innocuité de cette même matière pure, non affaiblie, mise en contact avec des *tissus articulaires et séreux*, dont la moindre altération pathologique est suivie souvent d'accidents si funestes.

17. *Note sur deux observations d'anévrisme au pli du coude, traités par l'électro-puncture* par ; M. le docteur LAFORGUE, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

(L'Union médicale, N° 102 ; 28 août 1851.)

L'application de l'électricité au traitement des anévrismes date de trop peu de temps, pour qu'il soit possible d'apprécier sûrement et avec connaissance de cause, la valeur de ce nouvel agent, et surtout d'établir une comparaison entre ce nouveau mode de traitement et la méthode qui a reçu la sanction du temps et de l'expérience. Les éléments, pour traiter une pareille question, ne sont pas encore assez nombreux et assez complets, pour que l'on puisse entreprendre un travail de cet importance, et il serait téméraire de vouloir juger définitivement la valeur de l'électro-puncture, d'après les résultats qui ont été obtenus jusqu'à ce jour. Mais si le moment n'est pas venu de se livrer à une appréciation générale, il est toujours opportun de rassembler les faits qui ont été publiés dans les analyses, et d'en tirer des conclusions qui pourront être modifiées plus tard par de nouveaux faits, mais qui auront pour résultat de faire connaître l'état de la science, et de guider les chirurgiens dans les expérimentations auxquelles ils devront se livrer dans l'intérêt de l'humanité et de l'art. Il y a peu de jours, cette question de thérapeutique chirurgicale a été le sujet de deux communications pleines d'intérêt, faites l'une par M. Amussat, à l'Académie de médecine ; l'autre, par M. Boinet, à la Société de chirurgie. Sentant l'importance d'appuyer leur opinion personnelle sur des faits authentiques, ces deux chirurgiens ont fait tous leurs efforts pour constituer l'historique de la question, et pour établir la statistique des cas d'anévrismes traités par la galvano-puncture. Malgré leurs recherches, leur travail est resté incomplet, et cela devait être ; car il n'est pas possible de connaître tous les faits qui existent dans la pratique, et dont quelques-uns seulement, principalement les cas heureux, les succès ont dût être publiés. En général, et c'est un tort dans toutes les circonstances, mais surtout lorsqu'il s'agit de questions nouvelles, on laisse dans l'ombre les cas malheureux, les *insuccès* et leur publication, si elle est faite, est toujours très retardée. Il n'est donc pas étonnant que les deux honorables chirurgiens que nous venons de nommer, soient arrivés à des résultats différents dans les recherches auxquelles ils se sont livrés à la même époque, sur le même sujet.

Du fait qui lui est propre, et des dix-huit observations qu'il a analysées, M. Amussat tire des conclusions favorables à l'élec-

tro-puncture, tandis que de l'analyse des vingt-trois cas dont il a pu avoir connaissance, M. Boinet croit devoir poser des conclusions défavorables à l'emploi de l'électricité dans le traitement des anévrismes.

Évidemment, cette divergence d'opinion, et ces conclusions opposées déduites des faits consignés dans les publications scientifiques, sont dues à ce que les éléments de cette question sont incomplets, dispersés et inconnus. Les observations sont trop peu nombreuses, et elles ont pour sujet des faits trop dissemblables, pour que l'on puisse les comparer, les rapprocher, et en déduire des conclusions générales. Quel rapport peut-on établir entre une tumeur anévrismale de petit volume, développée dans une artère secondaire, l'artère temporale, par exemple, et un anévrisme volumineux de l'artère poplitée ou de l'artère brachiale ? De ce que l'on aura obtenu dans le premier cas une guérison exempte d'accident, au moyen de l'électro-puncture, pourra-t-on conclure que le même résultat sera obtenu dans le second cas ? Non, sans doute. Car, tandis qu'un faible courant électrique avait suffi pour coaguler le sang contenu dans la petite tumeur anévrismale éloignée du centre de la circulation, il sera nécessaire d'augmenter la force de l'électricité pour produire le même effet dans les poches anévrismales développées dans les gros vaisseaux ; de plus, il faudra interrompre, pendant quelque temps, le cours du sang dans l'anévrisme, ou du moins ralentir la circulation dans le membre ; et peut-on dire que ces opérations multiples seront également supportées par tous les malades? Il n'y a donc pas, dans ces cas dissemblables, de rapport dans le mode d'action et d'application de la galvano-puncture, et par conséquent, les observations n'ont qu'une signification particulière, et ne peuvent servir à établir des conclusions générales relatives à l'emploi de la galvano-puncture dans le traitement des anévrismes. Il est donc important de se tenir sur la réserve dans l'appréciation d'une méthode qui n'est encore qu'à son début, et qui peut devenir, entre les mains des chirurgiens, un puissant moyen de traitement.

Convaincu que c'est par l'étude des faits que l'on arrivera à la solution de cet question importante, je crois devoir rapporter deux observations qui ont été recueillies à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, et qui, à plusieurs titres, méritent d'être comprises au nombre de celles qui forment la statistique connue jusqu'à ce jour, des cas d'anévrismes traités par l'électricité. La première de ces observations date de quatre ans, et la seconde est plus récente ; et elles ont été citées, d'après mes indications dans

une thèse sur les accidents de la saignée, soutenue, l'année dernière, à Montpellier, par M. Frédéric Dassier, ancien interne de nos hôpitaux. Quoique ces faits me soient étrangers, puisqu'ils sont antérieurs à l'époque de mon entrée à l'Hôtel-Dieu, je puis, avec les honorables collègues auxquels ils appartiennent, en certifier l'exactitude.

Anévrisme au pli du bras ; électro-puncture aidée de la compression et des réfrigérents ; — accidents graves ; — guérison.

Obs. I — Le nommé Séménon (Pierre), âgé de 31 ans, jardinier, né à Saint-Félix (Haute-Garonne), est entré à l'Hôtel-Dieu en 1847. Doué d'une bonne constitution, il fut atteint l'année précédente d'une pneumonie pour laquelle il fut saigné le 14 novembre 1846 ; la veine médiane basilique du bras gauche avait été piquée dans le point où cette veine est placée immédiatement sur l'artère. Une tumeur anévrismale se forma dans le point correspondant à la piqûre, et le 7 janvier 1847, époque de l'entrée du malade à l'hôpital, les signes de l'anévrisme étaient parfaitement caractérisés. La tumeur, placée au pli du coude et dans la direction de la veine médiane basilique avait le volume d'un petit œuf de poule; elle formait une saillie assez marquée sous la peau, qui n'était pas altérée. La cicatrice de la piqûre faite par la saignée était à la partie inférieure de la tumeur; les battements se font sentir dans toute l'étendue de la tumeur ; ils sont isochrônes aux pulsations de l'artère ; il n'existe pas de signes propres à l'anévrisme variqueux ; la tumeur est dure, formée par un anévrisme faux consécutif de l'artère brachiale.

M. Viguerie, neveu, à cette époque chirurgien en chef, jugea le cas opportun pour employer la galvano-puncture, dans le but d'obtenir la coagulation du sang dans la poche anévrismale. Le 3 février 1847, de concert avec M. Estévenet, à cette époque chirurgien adjoint, il procéda à l'opération d'après le procédé de M. Pétréquin, qu'il suivit scrupuleusement. Ils se servirent de la pile de Bunzin, dont M. le professeur Filhol voulut bien diriger l'action. Quatre aiguilles recouvertes d'un enduit isolant, furent introduites dans la tumeur, de manière à circonscrire un carré et à converger vers le centre. Un seul couple de la pile avec son multiplicateur fonctionne ; le courant est établi successivement sur les quatre aiguilles et dans diverses directions pendant 30 minutes, le malade ne ressentit ni secousses ni douleurs. Avant l'opération, on avait placé le tourniquet sur l'artère

brachiale, au-dessus de la tumeur, afin d'interrompre la circulation du sang dans son intérieur. Après la séance, on fit la compression sur tout le membre, au moyen d'un bandage roulé ; le bras fut placé dans une gouttière ; le tourniquet fut laissé en place, et on appliqua sur le point correspondant à la tumeur une vessie remplie de glace. Cette compression méthodique et l'application de la glace sont continués le 4 et le 5 février ; le 6 le malade se plaint d'une douleur générale dans tout le membre ; on enlève l'appareil ; la tumeur présente le même volume ; les battements sont aussi forts et aussi étendus qu'avant l'opération : en un mot il ne s'est opéré aucun changement.

Le 19 février, on fait une deuxième séance de galvanopuncture. Cette fois plusieurs couples de la pile fonctionnent. Comme la première fois, quatre aiguilles sont introduites dans la tumeur, et le courant électrique est établi sur les aiguilles alternativement, pendant 32 minutes : 8 minutes sur chaque couple d'aiguilles et dans diverses directions, de manière que l'électricité agisse sur toute la masse du sang. La pile agit avec énergie et des commotions sont produites, lorsqu'on touche la plaque du multiplicateur. Pendant l'opération, le malade ne ressent aucune douleur ; la tumeur durcit sous l'influence de l'électricité ; à la sortie des aiguilles, il s'écoule, par des piqûres, du sang noir et épais. Comme la première fois, on comprime l'artère avec le tourniquet ; on applique un bandage roulé sur tout le membre, qu'on place dans une gouttière, et on met une vessie de glace sur la tumeur.

Le lendemain, le malade se plaint d'avoir souffert pendant la nuit ; on lève l'appareil ; le bras est un peu engourdi, d'une couleur violacée ; la chaleur est naturelle ; les battements n'existent plus dans la tumeur, qui est dure. On laisse le tourniquet en place sans comprimer, et on prévient le malade que l'instrument n'est laissé que par précaution. Dans la nuit, le malade s'étant éveillé et croyant sentir des battements dans la tumeur s'empresse de serrer le tourniquet et s'endort.

Le 21 au matin, le membre est engorgé, violacé et engourdi ; la sensibilité est altérée ; les pincements faits sur la main et l'avant-bras sont à peine sentis par le malade ; on enlève le tourniquet et toutes les pièces de pansement qui pourraient gêner la circulation dans le bras.

Le 22, l'état du membre s'est aggravé ; la tuméfaction occupe la main, l'avant-bras et s'étend jusqu'à l'épaule ; la peau est violacée ; il existe quelques phlyctènes ; les battements des artères de l'avant-bras sont très obscurs ; il y a menace de

mortification du membre, par suite de la stase du sang veineux.

A l'aide d'un traitement méthodique, tel que frictions toniques, application de sachets, remplis de sable chaud, les symptômes s'amendèrent. Le 1er mars la coloration et la chaleur du membre sont à peu près normales; l'engorgement persiste, mais d'une manière passive.

Le 10 mars un abcès s'est formé au coude, dans la région olécrânienne, il est ouvert, et après quelques jours de suppuration il tend vers la cicatrisation ; mais le 18 mars un nouvel abcès se forme dans l'aisselle et s'étend sur la partie latérale du thorax, en même temps se déclarent des symptômes généraux qui firent craindre l'infection purulente. Après l'ouverture de ce vaste abcès, les symptômes alarmants se dissipèrent et peu à peu le malade entra en convalescence.

L'amélioration, dès ce moment, fut tous les jours progressive; la tumeur anévrismale, qui était dure et sans battements depuis la deuxième séance du galvanisme, ne ressentit aucune influence fâcheuse des accidents qui se développèrent dans tous le membre thoracique et qui furent cependant très intenses, puisque le 12 avril un troisième abcès se forma sur le thorax, près de l'aisselle ; mais il marcha rapidement vers la guérison. Pendant tout ce temps la tumeur avait beaucoup diminué, et lorsque le malade quitta l'hôpital, le 18 mai 1847, elle avait à peine le volume d'une petite noix ; elle était très dure et sans battements ; l'état général du malade était assez satisfaisant, et il ne conservait de sa maladie que de la raideur dans les articulations du coude et du poignet.

Depuis cette époque, nous avons revu plusieurs fois ce malade qui jouit d'une bonne santé. Il y a quelques mois, vers le commencement de cet année, il est venu à l'hôpital où nous avons pu l'examiner. Il n'existe aucune trace de tumeur dans la partie du coude ; à peine si l'on constate un peu de dureté dans le point qui en était le siége ; les battements des artères de l'avant-bras sont à l'état normal ; la santé est excellente et il a repris ses travaux de jardinier.

Malgré les nombreux accidents qui se sont montrés durant le cours du traitement de l'anévrisme, cette observation est en définitive un cas de guérison de tumeur anévrismale au moyen de l'électricité. Sans doute la compression et la glace ont été employées concurremment avec la galvano-puncture. Mais doit-on considérer ces moyens comme des agents actifs du traitement? Je ne le pense pas. La première séance du galvanisme avait été infructueuse, à cause de la faiblesse du courant électrique ; tandis

que, pendant la deuxième séance, le durcissement de la tumeur, et par conséquent la coagulation du sang contenu dans la poche anévrismale, s'est opérée sous les yeux des assistants. En mettant en usage, après l'opération, les réfrigérants et la compression, les chirurgiens avaient voulu se conformer aux préceptes du chirurgien de Lyon qui considérait comme nécessaire d'interrompre le cours du sang dans la tumeur.

Expérimentant un nouveau mode de traitement qui avait été suivi de succès, il fallait se mettre rigoureusement dans les mêmes conditions pour obtenir le même résultat, et c'est pour ce motif que ces moyens auxiliaires furent employés avec tout le soin possible. Malheureusement, malgré la surveillance et les précautions prises par les chirurgiens, le malade crut devoir augmenter la compression et serrer fortement le tourniquet dans un moment inopportun, et alors que le bras était déjà le siége d'un engorgement passif. C'est évidemment à cette compression intempestive, qui avait duré plusieurs heures, que l'on doit attribuer les graves accidents qui se déclarèrent dans le membre et qui mirent en danger les jours du malade. Peut-on dire que l'électricité a été complétement étrangère à ces accidents ? En considérant que la tumeur anévrismale n'a été le siège d'aucune altération morbide, et qu'au milieu des désordres qui se sont produits dans le bras et les parois thoraciques, elle est restée dans de bonnes conditions, on est porté à croire que la galvano-puncture n'avait pas agi avec trop de puissance et qu'elle a eu peu d'influence sur le développement des accidents que nous avons signalés.

Il n'en est pas de même dans la deuxième observation dont je vais rapporter les points principaux.

Anévrisme au pli du coude ; — électro-puncture ; — inflammation du sac anévrismal ; — ligature de l'artère brachiale ; — guérison.

Obs. II. — Le nommé Mirepoix (Jean), âgé de 29 ans, de Fourquevaux (Haute-Garonne), est entré à l'Hôtel-Dieu le 30 octobre 1849 ; ce malade, bien constitué, est affecté d'un anévrisme au pli du bras qui s'est développé à la suite d'une saignée ; la tumeur est assez volumineuse, circonscrite et est le siège de battements isochrones à ceux de l'artère radiale : elle présente tous les signes de l'anévrisme faux consécutif ; la peau est distendue, mais non altérée, M. Dieulafoy, professeur de clinique, mit en usage la galvano-puncture; le 6 novembre 1849,

il pratiqua cette opération, en ayant soin de prendre toutes les précautions prescrites par M. Pétrequin. Quatre aiguilles, enduites de vernis, furent introduites dans la tumeur ; il se servit de la pile à auge dont il augmenta l'intensité, en faisant fonctionner progressivement un plus grand nombre de couples. Après l'opération, qui dura 30 minutes et qui fut dirigée comme dans l'observation précédente, la tumeur était dure, les battements étaient faibles, à peine perceptibles ; on appliqua sur la partie des linges imbibés d'eau glacée. Les jours suivants, la tumeur s'affaissa et durcit de plus en plus ; il n'y eut aucun accident, et on espérait obtenir une guérison radicale ; mais le 18 novembre, douze jours après la séance de galvano-puncture, il survint une vive inflammation du sac anévrismal ; la tumeur était tendue, la peau rouge, et, le lendemain 19, il fallut pratiquer la ligature de la brachiale, car l'inflammation avait fait tant de progrès que l'ouverture de la tumeur était imminente.

Le 24, la poche se rompit : il s'écoula de la tumeur une suppuration sanguinolente formée par les caillots de sang contenus dans le sac anévrismal ; cette suppuration continua les jours suivants. Le 7 décembre, une hémorrhagie se déclara par l'ouverture du sac : le sang était fourni par le bout inférieur de l'artère ; le tamponnement, aidé de la compression, arrêtèrent cette hémorrhagie qui ne se renouvela pas ; mais la perte de sang avait été si considérable que le malade tomba dans une faiblesse extrême ; il fallut avoir recours aux toniques sous toutes les formes, et ce ne fut que lentement que les forces se rétablirent. La plaie résultant de l'opération ne tarda pas à se cicatriser, à la suite de la chûte de la ligature ; la suppuration diminua dans l'intérieur de la poche anévrismale, et, lorsque, le 6 janvier 1850, le malade quitta l'hôpital, il ne restait plus au pli du bras qu'une plaie simple des parties molles. Depuis cette époque, Mirepoix n'a éprouvé aucun accident, et la guérison est si complète qu'il a repris sa profession de terrassier.

Dans cette observation, la galvano-puncture paraît être la cause des accidents qui se sont déclarés dans la tumeur anévrismale. L'inflammation de la poche sanguine, survenue quelques jours après la séance du galvanisme, ne peut être que la conséquence de l'action produite par l'électricité, puisque le bras a été mis dans l'immobilité, que la compression n'a pas été employée et que l'on s'est contenté d'appliquer des linges imbibés d'eau froide. L'électricité a eu pour effet immédiat de produire la coagulation du sang contenu dans la tumeur, et pendant plusieurs jours on a dû penser, d'après les phénomènes qui se passaient

dans la partie malade, que la guérison allait être la conséquence de l'opération. Mais au moment où l'on croyait être à l'abri des accidents, une inflammation intense s'est emparée de la tumeur qui, bientôt, a menacé de se rompre : il a fallu que le chirurgien se hâtât de faire la ligature de l'artère brachiale pour préserver le malade d'une hémorrhagie inévitable. En effet, quatre jours après la ligature, la rupture a eu lieu, et il s'est écoulé de l'intérieur du sac une grande quantité de sang décomposé. Après quatorze jours de suppuration de la poche anévrismale, une hémorrhagie abondante s'est déclarée, et, pour l'arrêter, il a fallu comprimer, au-dessous de l'ouverture : la compression au-dessus du sac ne produisant aucun résultat. Cette hémorrhagie était fournie par les collatérales dont le sang remontait dans l'extrémité inférieure de l'artère brachiale, communiquant avec la poche anévrismale. Heureusement que la compression faite au moyen du tamponnement a suffi pour arrêter l'écoulement du sang : dans le cas contraire, il aurait fallu placer une ligature sur l'extrémité inférieure de l'artère brachiale, c'est-à-dire procéder comme on le faisait dans l'ancienne méthode, avant la découverte de la méthode d'Anel ou de Hunter.

Il me paraît établi par ce fait que l'électricité, qui produit la coagulation du sang contenu dans les tumeurs anévrismales, peut aussi déterminer une inflammation suppurative, suivie de rupture de la poche anévrismale ; et il résulte de ces deux observations que l'action de l'électricité n'est pas encore suffisamment connue, et qu'il y a lieu à se livrer à de nouvelles expérimentations et à de nouvelles études, avant de considérer la galvano-puncture comme une nouvelle méthode de traitement des anévrismes. Nos deux malades ont guéri de leurs anévrismes, et c'est l'électro-puncture qui, dans le premier cas, a produit la guérison. Mais quel est le chirurgien qui voudrait s'exposer au développement des accidents graves qui ont failli devenir funestes, même avec la certitude que le moyen qu'il met en usage est essentiellement efficace pour guérir l'affection anévrismale ? Ce n'est pas à dire cependant qu'il faille abandonner la galvano-puncture, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à déterminer avec plus de précision les effets de l'électricité, et son action sur les tissus avec lesquels elle est mise en contact. Employée avec prudence, la galvano-puncture peut n'être suivie d'aucun accident, dans beaucoup de cas, et les Annales de la science renferment déjà un assez grand nombre de faits favorables, pour ne pas rejeter, d'une manière absolue, un moyen aussi puissant.

Un point difficile à déterminer dans l'emploi de l'électricité

c'est de connaître le degré de force que l'on doit donner au courant électrique, pour ne pas dépasser le but que l'on veut atteindre, c'est-à-dire la coagulation du sang ; c'est à cause de cette incertitude que, dans un cas tout récent d'anévrisme au pli du coude, qui se trouve, dans ce moment, à l'Hôtel-Dieu, j'ai préféré pratiquer la ligature de l'artère brachiale, que de soumettre le malade à la galvano-puncture. La tumeur était volumineuse, et était le siége de battements si violents, que l'on entendait à distance le frémissement et le bruit de souffle qui en étaient la conséquence. La ligature de l'artère brachiale, vers la partie moyenne du bras, a été faite le 14 juillet 1851. Depuis ce moment, les battements ont complétement cessé dans la tumeur, et aujourd'hui, 21 juillet, huitième jour de l'opération, l'état du malade est tellement satisfaisant que nous pouvons espérer qu'aucun accident ne viendra mettre obstacle à la guérison.

---

18. *Observations de chirurgie pratique* ; par M. le docteur Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon, etc.

(L'Union médicale, Nos 78 et 79 ; 3 et 5 juillet 1851.)

Tamponnement dans les hémorrhagies.

Lorsqu'une hémorrhagie a son siége : 1° dans une cavité naturelle communiquant avec l'extérieur comme dans l'utérus, le vagin, le rectum, l'urètre, les fosses nasales ; 2° dans une cavité accidentelle à laquelle l'art a pratiqué une ouverture, abcès profonds du périnée, de l'anus, de l'aisselle, des membres, etc. ; 3° enfin, dans les parois et le fond d'une cavité naturelle ouverte à dessein ou par accident, parfois thoraciques, abdominales, sinus maxillaire, etc., l'esprit du chirurgien ne peut se défendre d'une certaine perplexité inséparable de l'incertitude des moyens qu'il va mettre en usage pour empêcher un résultat funeste. Dans ces circonstances, l'œil et la main ne peuvent intervenir avec la sûreté qui les dirige quand les vaisseaux qui fournissent le sang peuvent être aperçus et saisis ; et les remèdes internes, les réfrigérants, les styptiques, les astringents, les eaux hémostatiques diverses, le fer incandescent, les compressions variées, les tamponnements même, etc. ; sont loin de réussir toujours ; d'où les pénibles appréhensions contre lesquelles le chirurgien doit se prémunir afin de garder tout le sang-froid nécessaire.

Le caoutchouc vulcanisé a, dans ces derniers temps, ajouté un nouveau moyen de tamponnement à ceux déjà connus. La théorie,

quelques faits pratiques, semblent lui être favorables et même lui donner une incontestable prééminence sur tous les autres, s'il continue à fournir des résultats plus heureux et à inspirer plus de sécurité aux opérateurs.

Les faits suivants pourront être ajoutés à ceux que M. Diday a fait connaître en 1850.

Métrorrhagie grave après l'accouchement ; — tamponnement à l'aide d'une vessie en caoutchouc vulcanisé.

Obs. I. — Mme A..., âgée de 30 ans, venait d'accoucher pour la sixième fois le 19 mars 1850. Le travail avait été régulier, mais rapide ; le placenta avait suivi de près l'expulsion du fœtus ; il n'y avait eu qu'une perte de sang modérée ; tout promettait les suites de couches les plus heureuses ; l'enfant, du sexe masculin, était beau et bien conformé.

Une demi-heure après l'accouchement, j'étais encore auprès de la malade qui était contente d'avoir été délivrée en quelques heures par les seuls efforts de la nature. A dix heures et demie du soir, sur le point de prendre congé d'elle, je voulus m'assurer de l'état de la perte, et la garde me présenta une serviette imbibée d'un sang vermeil. M. A... était colorée, avait la peau modérément chaude, le pouls fréquent. Le globe utérin était aisément perceptible au-dessus du pubis, tout portait à croire qu'il n'y avait pas d'hémorrhagie imminente.

Je revins à onze heures, et l'on retira devant moi une nouvelle serviette encore imbibée de sang vermeil. La malade paraissait d'ailleurs dans un état satisfaisant, lorsque tout à coup une quantité considérable de sang à moitié coagulé sort du vagin, et immédiatement la face pâlit, le pouls s'abaisse, la peau se refroidit, la syncope est complète.

Dans ce danger pressant, l'indication d'arrêter l'hémorrhagie n'était pas douteuse. J'introduisis donc aussitôt dans le vagin, à l'aide du doigt indicateur, une vessie en caoutchouc vulcanisé de M. le docteur Gariel, je l'insufflai fortement avec la bouche, et je fis un nœud à l'extrémité du long tube flexible qui la terminait. Il ne fallut pas vingt secondes pour opérer ce tamponnement aussi merveilleux que prompt.

Cependant, sous l'influence d'excitations extérieures, Mme A... reprit bientôt ses sens ; mais elle resta, durant quelques heures, dans un état de grande anxiété, avec oppression, pesanteur précordiale, bâillements fréquents, frissons, horripilations, etc. L'hémorrhagie est arrêtée, mais la vessie vulcanisée exerce une

pression incommode qui provoque des envies d'aller à la garde-robe. A une heure après minuit, le tamponnement fatigant toujours un peu, je diminue le volume de la vessie en laissant échapper une petite quantité d'air, en même temps un écoulement peu abondant de sang a lieu, et la malade est reprise de pâleur, de frissons, d'anxiété, de crainte de la mort. L'insufflation distend davantage la vessie, et l'écoulement du sang s'arrête. (Vin chaud, bouillon, chaleur artificielle.) Le reste de la nuit fut moins orageux, et dissipa les craintes que j'avais de voir la malade succomber.

Le 20, au matin, la chaleur était entièrement revenue; la face était un peu colorée ; le pouls mou et fréquent. Dans l'après-midi, un faible écoulement d'un liquide séro-sanguinolent se fit par le vagin, nonobstant le tamponnement auquel on n'avait pas touché. Vers le soir, la vessie vulcanisée causant toujours un sentiment de fatigue, on laissa échapper un peu d'air, et il y eut un soulagement immédiat. (Seigle ergoté, 2 grammes, vin chaud, un bouillon chaque heure).

Le 21, à huit heures, le tamponnement est enlevé, et pour cela il suffit de desserrer le nœud du tube, l'air s'échappe, et une simple traction entraîne l'appareil en dehors. L'hémorrhagie est désormais arrêtée ; mais ce jour, vers midi, de vives douleurs apparaissent dans les reins, arrachent des cris perçans à la malade, qui est soudainement prise d'un frisson très violent qui dure deux heures ; la réaction consécutive très forte est suivie d'une abondante diaphorèse.

Cependant, les douleurs rénales diminuèrent ; le soir, il y eut une apyrexie complète ; mais à onze heures de la nuit, apparut un nouveau frisson, suivi de chaleur et de sueur. (Tisane de mauve, sulfate de quinine, 1 gramme, bouillon.)

Le 22, sommeil assez bon ; état fébrile peu prononcé ; gonflement des seins ; lochies assez abondantes et fétides ; abdomen douloureux, à l'hypogastre surtout. (Tisane de mauve, cataplasme, lotions émollientes, lavement émollient, sulfate de quinine, 60 centigrammes, bouillon.)

Le 23, l'abdomen est moins douloureux ; mais on observe un grand accablement, une oppression prononcée, des rêvasseries, un état fébrile avec des alternatives de chaleur forte ou modérée ; les lochies sont convenables. (Tisane de mauve et de violette, bouillon, cataplasme.) Le lendemain, on observait un amendement dans tous les symptômes ; la malade était remplie d'espérance, demandait à se lever et à manger. (Violette et mauve, potage, sulfate de quinine, 0,60 centigrammes.)

Les choses se passèrent encore bien le 25 ; vers le soir seulement Mme A... fut prise de céphalalgie, ce qui ne l'empêcha pas de dormir assez bien (même prescription que le 24) ; mais le 26 au matin elle paraissait accablée et avait le corps couvert d'une éruption miliaire. A onze heures les lochies se supprimèrent tout à coup. L'après-midi fut assez calme pour éloigner les inquiétudes de la famille, lorsque vers cinq heures Mme A..., prise subitement de frissons intenses, de perte de connaissance et d'oppression vive, succomba trois heures après l'invasion de cet état pernicieux qu'il n'est pas irrationnel d'attribuer à une phlébite utérine. Ce résultat funeste, que je dois mentionner pour que l'observation soit complète, ne fera pas méconnaître, je pense, l'utilité du nouveau mode de tamponnement qui nous occupe en ce moment.

Avortement au troisième mois de la gestation ; — hémorrhagie ; — tamponnement à l'aide d'une vessie en caoutchouc vulcanisé.

Obs. II. — Dans la nuit du 21 au 22 décembre 1850, je fus appelé auprès de Mme O..., âgée de 19 ans, mariée depuis huit mois et enceinte depuis trois environ. Elle avait été prise subitement de douleurs dans les reins et dans l'hypogastre, douleurs qui avaient continué pendant deux heures et qui n'avaient diminué de fréquence et d'intensité qu'après la sortie, par le vagin, de caillots de sang et d'un corps que le mari et la tante de Mme O... reconnurent pour être un fœtus et qu'ils ne conservèrent pas.

Quand j'arrivai près de la malade, elle avait le teint animé, la peau chaude, le pouls fréquent ; elle éprouvait, à d'assez longs intervalles, de faibles contractions dans l'utérus ; une légère quantité de sang s'échappait par le vagin, et l'exploration de cette cavité avec le doigt fit reconnaître qu'elle contenait des caillots de sang, et que le col utérin ouvert permettait à la pulpe de l'indicateur de pénétrer dans son intérieur où elle ne sentit rien. Je me fis présenter les linges teints de sang et je retrouvai avec quelques caillots assez volumineux un corps charnu, étroit de 4 centimètres de long, que je reconnus pour un lambeau de placenta. Cette appréciation, le rapport qui m'avait été fait et auquel je pouvais ajouter foi me firent penser que l'avortement avait eu lieu, mais qu'il restait encore dans l'utérus la plus grande partie du placenta. Je demeurai donc auprès de la malade et prescrivis 2 grammes de seigle ergoté qui furent pris en quatre doses à la distance de vingt minutes chacune. Sous l'influence de ce remède, les contractions utérines se rapprochèrent, augmen-

tèrent d'intensité, mais des caillots de sang furent seuls expulsés, et le col utérin resta libre. Une heure après que Mme O... eut fini de prendre le seigle, l'écoulement de sang, qui jusque là avait été médiocre, devint plus abondant et prit les proportions d'une hémorrhagie. La face pâlit, le pouls se déprima, la peau perdit de sa température, des horripilations se prononcèrent, et des compresses froides sur l'hypogastre et les cuisses n'ayant apporté aucune modification à l'écoulement de sang, je pratiquai le tamponnement vaginal, à l'aide d'une vessie en caoutchouc vulcanisé, en procédant comme je l'ai dit plus haut. Quelques instants après, comme il s'écoulait encore un peu de sang, je distendis davantage la vessie à air, l'hémorrhagie diminua et bientôt ne reparut plus. Les contractions utérines, devenues rares et peu prononcées, se montrèrent quelquefois, seulement, après le tamponnement, puis elles cessèrent complétement : ce qui me décida à laisser en place l'appareil qui, d'ailleurs, était bien supporté.

Je revins le 22, à midi ; le tamponnement n'avait pas bougé ; l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite ; il n'y avait eu, par intervalles que de faibles contractions utérines, l'état de la malade était satisfaisant, j'enlevai l'appareil sans toucher aux parties (bouillon, vin chaud, infusion de tilleul). Le soir, je trouvai au milieu de caillots de sang un lambeau assez volumineux du placenta qui avait été expulsé après quelques efforts. La nuit fut bonne, et le lendemain j'aperçus sur l'alèze de nouveaux caillots de sang noir.

Le 24 un liquide séro-sanguinolent et fétide s'écoulait du vagin (soupe, infusion de tilleul, injections vaginales répétées de décoction de quinquina, dont 100 grammes sont pris à l'intérieur).

Le 26, un dernier lambeau du placenta fut expulsé ; les seins se tuméfièrent, et, à partir de cette époque, Mme O... n'a cessé de marcher vers la guérison qui a été complète le vingtième jour.

Je venais d'appliquer, pour la seconde fois, le tamponnement par les vessies vulcanisées et d'en constater l'efficacité, je ne savais pas que ce même jour, en allant faire ma visite à l'hôpital du bagne, je me trouverais en présence d'un cas différent et remarquable d'hémorrhagie qui exigerait le tamponnement à l'aide de la vessie que je devais, à la circonstance de la nuit, de porter sur moi.

Abcès périprostatique ouvert dans le canal de l'urètre ; — boutonnière ; — hémorrhagie ; — tamponnement à l'aide d'une vessie en caoutchouc vulcanisé.

Obs. III.—Le 15 décembre 1850, avait été admis à l'hôpital

du bagne de Toulon, le condamné Lecomte, âgé de 29 ans. Cet homme, d'un tempérament lymphatique, accusait une vive douleur dans les parties profondes du canal de l'urètre, avec dysurie depuis dix jours. Il déclarait avoir été atteint à diverses époques, en 1839, 1841, 1846 et 1849 d'urétrites traitées uniquement par les injections astringentes et suivies chacune, durant quelque temps, de rétrécissement du canal. La dernière avait laissé une irritation chronique qui était l'origine des douleurs constatées, éprouvées dans l'urètre et qui augmentaient lors du passage de l'urine.

Le premier jour on avait pratiqué le cathétérisme, mais il était resté incomplet à cause des douleurs que la sonde avait provoquées et d'un obstacle qu'elle avait rencontré dans la portion membraneuse du canal. (Bain de siége.)

Le lendemain, mêmes tentatives, même insuccès avec l'algalie en argent; mais une petite bougie était arrivée avec peine dans la vessie, d'où on l'avait retirée après une demi-heure de séjour à cause des vives souffrances qu'elle déterminait.

Le 19, nouvelle tentative de cathétérisme; la sonde, après avoir vaincu une certaine résistance dans la portion membraneuse du canal, était parvenue dans un cul-de-sac et avait donné issue à une matière purulente, ce qui avait fait supposer qu'elle avait pénétré dans un abcès périprostatique. (Bain de siége, quart de ration.)

Les deux jours suivants, on s'était abstenu de sonder le malade qui avait rendu assez facilement des urines mêlées de pus, sans accuser de douleur dans le périnée.

Le 22, l'état s'aggrave; nouvelle difficulté dans l'émission des urines, qui ne s'échappent encore que goutte à goutte; douleur vive à la région périnéale et à l'hypogastre; forte fièvre avec insomnie et inappétence. Le malade réclame lui-même le cathétérisme. La sonde métallique, parvenue dans la portion membraneuse de l'urètre, pénètre dans le cul-de-sac périprostatique et fournit une grande quantité de pus grisâtre, fétide, mêlé de sang, dépourvu d'odeur urineuse. Il n'était plus permis de méconnaître l'existence d'un vaste foyer purulent situé entre les aponévroses moyenne du périnée et supérieure du bassin, autour de la prostate, du rectum, et communiquant avec le canal de l'urètre. Je jugeai nécessaire de l'attaquer par le périnée, afin de débarrasser rapidement l'organisme d'un foyer étendu contenant des liquides altérés.

Le malade, placé comme dans l'opération de la taille, fut donc plongé dans l'éthérisme (chloroforme); et après avoir remplacé la

sonde par un cathéter, dont l'extrémité avait été poussée dans le foyer purulent, je pénétrai dans ce dernier en pratiquant l'opération de la *boutonnière*. Après avoir incisé les tissus dans la partie moyenne du périnée et avoir ouvert l'urètre autant que possible en arrière du bulbe, un bistouri boutonné remplaça le bistouri pointu et j'agrandis en bas et en arrière la première incision. Une quantité considérable de pus fétide, mêlé de sang sortit aussitôt. L'indicateur introduit dans la plaie put constater un vaste décollement et sentir même, en arrière de la prostate et à travers l'aponévrose supérieure du bassin la vessie distendue par l'urine. Cependant le pus continuait à être mêlé de beaucoup de sang ; je fis donc cinq à six injections d'eau froide dans le foyer, autant pour le déterger que pour arrêter l'hémorrhagie ; mais comme on reconnut bientôt qu'il ne sortait plus de pus, que le sang coulait en assez grande abondance et qu'il avait formé sur le drap d'alaise un énorme caillot rouge-vermeil, il devint indispensable de recourir à un moyen hémostatique puissant.

J'introduisis, à cet effet, dans la vaste caverne périnéale et à l'aide de l'indicateur seulement, une vessie en caoutchouc vulcanisé, préalablement huilée. L'insufflation pratiquée à l'extrémité de son tube distendit instantanément la vessie Gariel, ce qui fut constaté par le doigt et confirmé par l'impossibilité de retirer l'appareil. Je fis alors un nœud à l'extrémité du tube ; puis exerçant une traction sur celui-ci, je fis un second nœud près du périnée, en étreignant un bourdonnet de charpie. Le tube alors abandonné à lui-même, maintint contre la plaie périnéale le bourdonnet, dont la périphérie fut même engagée dans l'incision.

L'hémorrhagie s'arrêta et pas une seule goutte de sang ne franchit le bourdonnet, qui ne fut même pas teint par ce liquide.

Cinq heures après ce tamponnement, le malade était vivement sollicité à uriner, et comme il m'avait été impossible d'introduire une sonde dans la vessie à cause de la difficulté de retrouver l'arrière portion du canal de l'urètre, je fus dans l'obligation de suspendre le tamponnement pour permettre au malade d'uriner. Pour cela je n'eus encore qu'à desserrer les nœuds faits sur le tube de la vessie vulcanisée ; l'air s'échappa, et, sans retirer l'appareil, l'excrétion urinaire put avoir lieu à la fois par la plaie et le canal de l'urètre. L'insufflation distendit aussitôt la vessie en caoutchouc et le tamponnement fut ainsi facilement continué.

Les manœuvres de l'opération n'avaient causé aucune souffrance au malade qui était resté longtemps dans un état d'anes-

thésie complète. La journée fut bonne, la nuit tranquille. Le lendemain, l'opéré était calme. L'appareil fut facilement enlevé ; l'hémorrhagie était définitivement arrêtée. L'urine s'écoulait assez facilement et presque en totalité par l'urètre, une faible quantité s'échappait par la boutonnière périnéale.

Les jours suivants, des caillots de sang sortirent par la plaie ; une suppuration de bonne nature s'établit, d'abord très abondante, elle diminua ensuite de quantité ; les urines passèrent de très bonne heure en totalité par la verge, et aucun accident ne vint entraver la marche de la guérison, qui était complète quarante-huit jours après l'opération.

De tous les moyens inventés par les arts pour venir en aide au chirurgien dans certains cas d'hémorrhagie, lorsque les vaisseaux ouverts sont directement insaisissables, il n'en est certainement pas d'aussi simples dans leur structure, d'aussi faciles et d'aussi prompts dans leur application, d'aussi doux dans leur action sur les tissus, enfin d'aussi dociles à se prêter à la configuration des anfractuosités saignantes que les vessies en caoutchouc vulcanisé.

M. le docteur Diday a déjà fait ressortir les avantages de ces précieux appareils à l'occasion d'une métrorrhagie grave et d'une épistaxis rebelle, dont il a triomphé en les appelant à son secours (*Revue médico-chirurg.*, 1849, p. 364, et *Gazette médicale*, même année, p. 888). Les observations tendant à montrer leur utilité ne manqueront certainement pas de se multiplier. Mais à défaut de faits, la théorie est si favorable aux vessies vulcanisées, qu'elles ne peuvent manquer d'être mises à l'essai par tous les praticiens qui les auront eues une seule fois entre leurs mains. Les appareils de M. Gariel pour le tamponnement sont déjà assez connus pour qu'on puisse se les procurer dans toutes les villes. Les résultats avantageux que M. Diday et moi avons obtenus seront, j'espère, pour les lecteurs de cet article, un commencement de preuve de leur efficacité. Pour mon compte, ils m'inspirent tant de confiance, que je ne manque pas d'en avoir quelques-uns chaque fois que je vais faire un accouchement, ou une opération dans laquelle je prévois qu'un tamponnement pourra devenir nécessaire.

Sans méconnaître tout ce qu'il y a d'ingénieux dans le rhynobion de M. Martin-Saint-Ange, et son incontestable efficacité pour arrêter les épistaxis rebelles, j'ai quelque tendance à accepter la supériorité que le chirurgien de Lyon donne à la vessie vulcanisée. D'ailleurs, l'inventeur du rhynobion pourrait, ce me semble, échapper à quelques objections assez fondées de M. Di-

day, en remplaçant la vessie de baudruche par une vessie en caoutchouc.

Le tamponnement ordinaire, à l'aide de forts et nombreux bourdonnets liés par leur partie moyenne et isolément introduits dans le vagin, celui qu'on opère, en remplissant de boulettes de charpie ou de coton le plein d'une compresse profondément engagée dans la cavité vaginale, celui de M. Bretonneau *en queue de cerf-volant*, le tamponnement par les vessies animales, remplies d'eau, de MM. Miquel (d'Amboise) et Stein (de la Haye) dont les Mémoires ont eu l'honneur et mérité les éloges d'un rapport à l'Académie des sciences (séance du 6 novembre 1848), celui de M. Slyman, fondé sur le même principe (*Gaz. méd.* 1849, p. 680); enfin le rhynobion de M. Martin-Saint-Ange, constituent une échelle de perfectionnements au sommet de laquelle vient légitimement se placer, à mon avis, la vessie vulcanisée du docteur Gariel.

—En lisant la première observation, celle qui a trait au tamponnement vaginal pour arrêter une hémorrhagie consécutive à l'accouchement, nous avons été frappé du silence que garde l'auteur sur l'état de l'utérus et le degré de développement de son corps, pendant les deux jours qui suivirent l'introduction et l'ampliation de la vessie vulcanisée à l'intérieur des organes génitaux. —Nous voyons bien qu'avant le tamponnement on sentait le globe utérin au-dessous du pubis, et encore on ne nous dit pas jusqu'à quelle hauteur il s'élevait ; mais une fois le tamponnement établi, nous ne savons plus ce que devient la matrice? S'il faut en croire le traitement interne, institué le lendemain, cet organe serait demeuré dilaté et dans un état d'inertie apparent, puisque l'observation nous apprend que l'on prescrivit le seigle ergoté. Or, si notre appréciation est fondée, nous dirons que, en pareille circonstance, le tamponnement du vagin ne remplit qu'à demi l'indication, et que l'hémorrhagie, continuant à l'intérieur de l'utérus, pourrait prolonger le danger qui ne serait ainsi que masqué et non définitivement conjuré.

Nous ne prétendons pas que cela soit arrivé chez la malade de M. J. Roux, son expérience et son habileté bien connue, nous sont un sûr garant que le résultat dont nous envisageons la possibilité, a été prévenu. Toutefois nous regrettons pour le lecteur, qui a toujours le droit de se montrer exigeant, que par son laconisme l'observation dont il s'agit se soit exposée à cette objection.

Au surplus, et cela est un point de pratique qui ne peut être mis en contestation, dans la métrorrhagie puerpérale, le tam-

ponnement vaginal, quelque soit d'ailleurs le procédé auquel on ait recours, exige, pour être efficace et à l'abri de tout danger, que le chirurgien ait acquis préalablement l'assurance que l'utérus, au lieu de demeurer distendu, est en voie de retour sur lui-même, si déjà sa rétraction ne s'est effectuée, condition essentielle et indispensable à l'occlusion des sinus veineux, et par conséquent à la cessation définitive de l'écoulement sanguin.

---

19. *Des adénites non syphilitiques*; par M. le docteur A. Bertherand.

(Gazette médicale de Strasbourg, N° 10, octobre 1851.)

Le mot *adénite*, pris dans son acception étymologique rigoureuse, indique l'inflammation d'une *glande*; mais ce dernier terme s'appliquant lui-même à des parties très différentes par la forme, la nature et la fonction, l'usage a généralement restreint le sens de l'appellation *adénite* à l'état inflammatoire des glandes ou ganglions *lymphatiques*.

De là sont venues les désignations de *tumeurs glandulaires*, *tumeurs ganglionnaires* ou simplement *glandes*; *ganglites*, *ganglionnites*; on a encore nommé *écrouelles* (1), *strume* (2), les engorgements des glandes lymphatiques du col, considérés trop exclusivement, nous espérons le démontrer, comme la manifestation constante de la diathèse scrofuleuse.

Attribuable à la fois à des organes divers et à leurs lésions non moins distinctes, le mot *glande* doit être banni du langage pathognomonique. Les termes : *adénite*, *tumeur glandulaire* ou *ganglionnaire* ne sont guère plus précis; *ganglite* et *ganglionnite* s'emploieraient aussi bien pour désigner la phlogose des ganglions nerveux ; l'expression *adénite lymphatique*, ou, plus brièvement, *lymphadénite*, convient seule pour spécifier, sans équivoque, l'inflammation ganglionnaire des vaisseaux blancs.

Chaussier a, le premier, nettement séparé les ganglions d'avec les glandes proprement dites. Dépourvus des canaux d'excrétion et des orifices extérieurs qui appartiennent aux dernières comme aux follicules, les ganglions sont de petits corps dont le diamètre varie de deux à trente millimètres et plus, ovales, arrondis, presque toujours aplatis, enveloppés d'ordinaire par une capsule fibroïde, nervoso-vasculaire et intimement unie au contenu de

(1) Du grec χοιρας, porc, nom sous lequel *Hippocrate* désigne la scrofule.
(2) *Struma*, de *struo*, j'amasse.

l'organe. Incolores dans le mésentère, où ils blanchissent pendant la digestion, noirs dans le poumon, où l'ignorance les a pris quelquefois pour du dépôt mélanique, ils affectent généralement une couleur rougeâtre. Les vaisseaux lymphatiques paraissent être, avec les capillaires qui se répandent à la périphérie et un tissu conjonctif intervallaire amorphe, leurs seuls matériaux constitutifs. Toutefois, si l'on déchire une glande lymphatique de quelque volume, on distingue, à l'œil nu, au milieu d'un liquide laiteux, des corpuscules ronds, sorte d'*acini* (Henle), composés de grains agglomérés, microscopiques, d'un diamètre de $0^m,0015$ à 0,0020 de ligne. Rien que de conjectural sur les fonctions de ces éléments, dont la structure n'est point encore suffisamment connue.

Les ganglions se rencontrent abondamment dans toute l'économie, sous la peau, entre les muscles, le long des vaisseaux, dans la profondeur des membres, autour des viscères, dans les cavités splanchniques, etc. Cette profusion fait pressentir l'étendue et l'importance que comporte l'étude de leurs maladies et des accidents qui les compliquent.

Quand elles se montrent dans les parenchymes ou dans la continuité des organes internes, les ganglionnites expriment le plus souvent le retentissement d'une phlegmasie voisine ou bien une phénoménisation diathésique, exemples : le carreau, la tuberculisation pulmonaire. Sous ce point de vue, l'histoire de l'adénite se rattache à celle d'une série de lésions dont il y aurait inconvénient et inutilité pour notre sujet de la séparer.

Restent donc les adénites lymphatiques externes, celles que nous voyons journellement se développer aux régions *inguino-crurale*, *poplitée*, *axillaire* et *cervicale*, et qui rentrent plus spécialement dans le cadre des maladies chirurgicales. La lymphadénite du pli de l'aîne, incomparablement la plus commune de toutes et l'un des accidents habituels de la contagion syphilitique, ne doit pas nous occuper à ce titre ; mais d'autres causes la provoquent aussi, et, sous cette dernière condition, elle prendra place à côté des variétés locales de l'adénopathie, dans la seconde moitié de notre travail. Pour éviter des redites, nous grouperons dans une première partie toutes les considérations communes aux tumeurs des glandes en général.

PREMIÈRE PARTIE.

DES ADÉNITES EN GÉNÉRAL.

§ 1er. *Étiologie.*

Les causes de l'adénite lymphatique se divisent en *prédisposantes* et *déterminantes.*

I. *Causes prédisposantes.*

Elles résultent de la constitution primitive des individus ou d'idiosyncrasies acquises. « Il existe parmi les hommes, comme « parmi les animaux voisins de lui, dit M. Bégin, des sujets or- « ganisés de telle sorte que les vaisseaux et les ganglions lym- « phatiques jouissent d'un développement exagéré, d'une suscep- « tibilité morbide prédominante; ils sont ainsi disposés à des « lésions plus fréquentes et plus graves que chez d'autres indi- « vidus. »

Peau fine et mate, formes extérieures molles et arrondies, membres grêles, terminés par de larges appendices, coloration pâle des yeux, cils allongés, cheveux blonds, lèvres très grosses, la supérieure surtout, narines épaisses, mâchoire inférieure très développée, haleine fétide, dents irrégulières et promptement cariées, etc., tels sont les caractères qui, d'après la plupart des auteurs, décèlent de prime abord ce mode d'organisation vicieuse. L'œdème des paupières et les fluxions oculaires, l'otorrhée, le gonflement des articulations, la turgescence et la suppuration des glandes du col, la carie des os, la toux, la fièvre, les diarrhées colliquatives, par lesquelles les victimes du mal s'acheminent au tombeau, signalent plus tard les profonds désordres de la diathèse et son retentissement dans l'économie.

On a vivement débattu, dans ces derniers temps, l'influence de l'hérédité sur la dyscrasie lymphatique et la production des scrofules. S'il ressort des recherches de MM. Rilliet et Barthez, de celles de M. Louis et des statistiques récentes de M. Lebert, que cette transmission n'intervient que dans les proportions d'un sixième à un septième pour les tuberculeux, d'un tiers pour les scrofuleux, on ne peut nier cependant, et les chiffres précédents le prouvent, que la parenté ne soit une des sources manifestes de la reproduction des ganglionnites strumeuses.

La prédominance du système lymphatique, chez les enfants comme chez les femmes, jointe à une certaine susceptibilité géné-

rale, augmente les chances d'inflammation et d'engorgement des glandes et de vaisseaux blancs; beaucoup de jeunes filles, lors de la première menstruation, surtout s'il y a chlorose, deviennent sujettes aux gonflements de ganglions inguinaux, axillaires et submentaux. Bien plus, chez des femmes parfaitement réglées depuis longtemps, la période menstruelle s'accompagne parfois des mêmes accidents, sans irritation apparente des organes génitaux, sans fluxion buccale ou lésions dentaires.

L'habitation, l'état climatérique, la nourriture, les habitudes professionnelles, les accidents morbides antérieurs, en substituant, à la longue, une espèce de constitution artificielle à l'équilibre organique primitif, finissent nécessairement par modifier l'attitude de l'appareil lymphatique et celle de l'économie tout entière, dans un sens favorable au développement des tumeurs qui nous occupent, soit que les liquides contenus, soit que les vaisseaux qui les transportent, se trouvent influencés par ces différentes causes.

Ce serait, hâtons-nous de le dire, s'exposer à d'étranges exagérations que de prendre, un à un, les agents hygiéniques énoncés, et de leur imputer exclusivement une valeur pathogénique absolue. C'est dans leur ensemble, dans leurs réactions réciproques et presque toujours complexes, qu'on puisera la véritable raison de leur importance. Ainsi tomberont les contradictions de certaines théories trop abstraites et se justifieront, en se corrigeant, les solutions imprévues de problèmes incomplétement posés.

Entraîné par l'induction spéculative, M. Baudelocque voit dans la viciation de l'air la cause fondamentale et unique de la diathèse scrofuleuse. Effectivement, M. Marc d'Espine (de Genève) compte, sur 83 décès de scrofuleux, 52 citadins et 31 campagnards. Mais voici venir M. Lebert, qui a relevé soigneusement, à l'hôpital de Lavey, les observations de 322 malades atteints de scrofules et tous du canton de Vaud; or, 53 seulement, c'est-à-dire un sixième à peu près, provenaient de la ville de Lausanne, dont la population égale à peine un douzième de celle totale du canton. En Angleterre, M. Philipps indique une proportion plus élevée encore pour la campagne que pour la ville, la mortalité de la première étant à celle de la seconde comme 97 est à 50.

Ces conclusions ne se heurtent pas autant qu'on serait tenté de le croire au premier abord. Si l'on meurt moins à Lausanne de la scrofule, s'ensuit-il que l'air vivifiant de la montagne et du coteau favorisent davantage l'évolution strumeuse que l'atmosphère plus ou moins impure de la cité? Faut-il attribuer à l'agglomération encombrante de la rue et du quartier une immunité

réelle, et taxer d'insalubrité relative l'isolement de la ferme et du châlet ? Évidemment non ! Il y a là des rapports de causalité incidente. Ainsi le bienfait de l'aération, si parfaite qu'elle soit, se trouve, en Suisse plus qu'ailleurs, neutralisé par des transitions brusques et incessantes de température dans la montagne, par le règne prolongé d'interminables brouillards dans l'humide vallée où se déverse le trop plein des torrents et des glaciers. Notez encore que la détresse du paysan suisse, la malpropreté, le défaut de soins et de nourriture qui en résultent, l'étroitesse d'une demeure souvent partagée entre une nombreuse famille et le bétail, son unique fortune, réalisent malheureusement, pour l'habitant des champs, pendant les nuits et la longue saison d'hiver, les influences fâcheuses de l'accumulation urbaine.

Il faut donc toujours regarder l'agglomération, quelle qu'elle soit, l'insuffisance ou la viciation de l'air, ses variations soudaines et son excès d'humidité, comme prédisposant à l'adénite lymphatique. Je rappellerai à ce sujet les observations de notre ancien collègue de l'armée, M. Beaunèz. Chargé du service médical des ateliers de condamnés de Bellecroix, cet officier de santé a constaté la fréquence de l'engorgement des glandes de l'aîne chez les prisonniers absolument empêchés de communiquer avec des femmes, mais soumis aux peines morales et aux causes physiques débilitantes de la réclusion. Nous-même et nos confrères militaires ne l'avons-nous pas observée dans les casemates, les casernes insalubres, les baraquements des ambulances et des camps en Afrique, et, en France, chez les soldats détenus que nous recevons dans nos hôpitaux.

MM. Virchow, Louis, Rilliet, Barthez et Lebert semblent amenés, par la statistique, à proclamer le peu ou point d'importance de la mauvaise nourriture dans le développement des scrofules ; il peut en être ainsi, sans doute, dans les contrées où elles règnent épidémiquement, à ce point que rien ne saurait dompter une prédisposition fatale ; mais ira-t-on jusqu'à infirmer la part qu'une alimentation défectueuse prend nécessairement à l'appauvrissement du sang, à l'atonie de la circulation, à cet affaissement général de l'organisme dont nous avons enregistré déjà la portée délétère ?

J'aborde un dernier groupe de causes primitives ou acquises, les conditions morbides.

Stoll, Portal, Larrey, Alibert ont insisté sur la filiation qui rattacherait la dégénérescence des glandes lymphatiques au virus syphilitique ; aucun d'eux, fait remarquer M. Lebert, n'a apporté de documents sérieux à l'appui de cette opinion. A une époque

où la thérapeutique des maladies vénériennes reposait aveuglément sur l'emploi banal et abusif des préparations hydrargyriques, l'effet bien connu aujourd'hui du mercure sur la composition du sang aurait peut-être donné un grand poids à l'assertion de nos illustres devanciers. M. Lebert, qu'il nous faut souvent citer, a vu fréquemment des tubercules glandulaires externes se développer très peu de temps après la vaccine et la rougeole ; on en a dit autant de la coqueluche, ce qui se comprend aisément dans les cas de diathèse tuberculeuse prononcée ; on sait effectivement avec quelle promptitude les tubercules s'enflamment et suppurent chez les enfants atteints de bronchite convulsive.

Hufeland, qui regardait le goître et le crétinisme comme étroitement liés aux scrofules, invoquait aussi l'influence de ces maladies. J'ai eu, dans des visites très multipliées de jeunes soldats, l'occasion d'examiner un grand nombre de goîtreux ; je n'ai vu qu'une seule fois l'engorgement concomitant des glandes du col, si voisines pourtant de l'organe affecté. Trois réformes ont été prononcées, sous nos yeux, il y a peu de temps, à l'hôpital militaire de Strasbourg, pour hypertrophie du corps thyroïde, survenue depuis l'entrée au service ; il n'y avait non plus aucune participation des lymphatiques d'alentour ou de leurs renflements à l'affection principale. Chargé d'assister le conseil de révision du Bas-Rhin, dans sa tournée de 1851, j'ai rencontré, sur 870 cas d'inaptitude au service militaire parmi 2700 jeunes gens visités, 28 goîtres prononcés. *Aucun* d'eux n'était compliqué de lymphadénite cervicale.

M. Velpeau a traité magistralement le sujet de la production ultérieure de l'adénopathie : « C'est une maladie, dit-il, qui « trouve sa source dans presque toutes les autres maladies, et « comme il est très peu de personnes qui n'aient été, à une « époque quelconque de leur vie, frappées d'affections de la peau, « des membranes muqueuses, du tissu cellulaire sous-tégumen- « taire, sous-séreux, inter-musculaire et prévasculaire, des os et « des viscères, les tumeurs lymphatiques pourraient être, pres- « que toutes, attribuées à quelque autre lésion plus ou moins « éloignée. » Pour éclairer ce problème, le savant professeur de la Charité a, pendant une période de vingt années, questionné 900 malades porteurs de tumeurs lymphatiques. « Chez 730 « d'entre eux, dit-il, j'ai pu constater des phlegmasies, des sup- « purations, antérieures du système tégumentaire ou cellulaire. « Sur 95 autres, la maladie était si ancienne que je n'ai pu ob- « tenir aucun renseignement positif. Enfin, les 95 derniers étaient « des enfants nés dans la misère et dont les parents avaient eu

« si peu de soin, qu'une de ces causes éloignées, qui ne m'a « cependant pas été avouée, peut être hardiment supposée. »

Ces considérations sont certainement d'une grande valeur ; elles nous montrent le gonflement ganglionnaire lymphatique presque toujours secondaire et symptomatique d'une irritabilité anormale des liquides blancs, ou d'un travail pathologique qui siége dans un autre apparail. « Il semble, ajoute le même auteur, « qu'il ne soit plus besoin de *vice* particulier, de principe héré- « ditaire dans l'économie pour fonder l'étiologie de la maladie « scrofuleuse. Comme toute autre affection accidentelle, elle « naîtrait sous l'influence de certains états organiques faciles à « comprendre... Dans cette hypothèse, le gonflement, l'infiltra- « tion du nez et de la lèvre supérieure, par exemple, qu'on a « donnés comme signes de la diathèse scrofuleuse, pourraient « en être à la fois le point de départ ou la suite : le point de « départ, attendu que de pareilles lésions suffisent pour causer « l'engorgement des ganglions voisins ; la suite, parce que les « ganglions, une fois malades, doivent gêner le cours de la « lymphe dans les parties d'où ils tirent leurs vaisseaux. »

II. *Causes déterminantes.*

Elles procèdent *directement* ou *indirectement*.

Directement, ce sont les contusions, piqûres, divisions par instrument tranchant, les applications irritantes locales, les frottements, les tiraillements répétés. Dans la contusion il n'est pas nécessaire qu'un corps étranger intervienne comme agent de froissement; il suffit souvent que les ganglions aient été violemment comprimés entre les *fascia* par les aponévroses d'enveloppe, comme cela se remarque après les efforts, les exercices gymnastiques, les marches exagérées, etc.

Indirectement il peut y avoir :

1° *Transmission* de l'inflammation des canaux aux ganglions qu'ils traversent. On l'observe journellement dans la lymphangite, à la suite des blessures et irritations des doigts ou des orteils ; après les éruptions cutanées, les érysipèles et l'immersion des membres dans des liquides froids ou stimulants. Une vive phlogose apparaît le long des cordons lymphatiques de l'avant-bras et du bras, de la jambe et de la cuisse. La maladie suit, sous forme de traînées rouges, le trajet des vaisseaux superficiels et témoigne elle-même de son mode de propagation.

2° *Extension* par contiguité de tissus. Ainsi les couches cellulaires et autres, enflammées ou dégénérées autour des ganglions,

réagissent à la longue sur eux, et déterminent, pour ainsi dire de dehors en dedans, leur inflammation.

3° *Transport* dans les glandes lymphatiques de quelque principe nuisible puisé à certaine distance dans un organe, dans une région malade. Le premier effet de toute phlegmasie étant de changer l'état des fluides de la partie affectée, ceux-ci, repris petit à petit et reportés dans la circulation, parviennent aux ganglions, les irritent au passage ou s'y arrêtent. Telle est la formation habituelle des adénites dans la syphilis, le cancer, les affections tuberculeuses, sans qu'il y ait altération appréciable des tissus intermédiaires.

Quelques physiologistes, et, dans ces derniers temps, M. Magendie, ont vainement récusé la propriété absorbante des vaisseaux lymphatiques. Sans parler des chylifères, dont la lactescence ou la translucité varie selon la présence et la couleur des aliments, Soemmering et Mascagni ont trouvé les lymphatiques du foie gorgés de bile chez des sujets souffrant d'obstruction des voies biliaires. Weber, Tiedemann et Gmelin lièrent le canal cholédoque sur des chiens, et virent jaunir les uns après les autres les vaisseaux blancs du foie, les ganglions aboutissants et le contenu du canal cholédoque lui-même. Muller qui rapporte ces expériences, a plongé le train de derrière d'une grenouille presque jusqu'à l'anus dans une dissolution de cyanure potassique ; après deux heures d'immersion forcée, l'animal fut soigneusement essuyé, ses pattes séchées, et la lymphe sous-cutanée traitée par un sel de fer, Il s'agissait de savoir si les lymphatiques contenaient du cyanure. La lymphe devint sur-le-champ d'un bleu clair, réaction significative, que le sérum du sang fournit d'une manière à peine sensible.

L'absorption une fois admise dans les lymphatiques, rien de plus facile à comprendre que le mécanisme en vertu duquel les radicules, les stomates de ces vaisseaux, plongeant dans un foyer circonscrit ou à la surface d'une plaie putrilagineuse, y puisent des matériaux hétérogènes. Les corpuscules absorbés peuvent bien, dans certaines conditions, traverser impunément les tubes rectilignes des canaux, puis se trouver retenus plus loin dans les voies contournées et difficiles des ganglions. Ils deviennent ainsi des causes d'obstruction et d'engorgement, de véritables épines inflammatoires, soit qu'ils provoquent la condensation d'une lymphe qui ne circule plus, soit enfin qu'ils apportent une perturbation encore inappréciée dans les fonctions si peu connues de la glande elle-même.

La production des adénites *par transport* soulève une question

très-litigieuse. Dans les cas de scrofule bien avérée, est-il permis d'admettre que les vaisseaux afférents aient versé dans les ganglions affectés quelque substance morbide particulière, sorte de *matière scrofuleuse*, comme Vogel prétend qu'il en existe une?

M. Lebert oppose à cette hypothèse plusieurs fins de non-recevoir également décisives. La parenté si voisine du tubercule et de la scrofule sert, selon lui, de prétexte à une induction gratuite. M. Vogel avoue qu'on ne peut pas distinguer la matière scrofuleuse de la matière tuberculeuse ; pourquoi dès lors l'en séparer? L'essentialité des scrofules est entrée pour beaucoup dans l'admission d'un produit morbifique spécial, mais ce n'est pas là un argument sérieux. Tout le monde ou à peu près accepte aujourd'hui l'essentialité de la syphilis, de la rage, de la vaccine, de la rougeole, de l'infection paludéenne, etc., et cependant la chimie et le microscope n'ont encore découvert ni la matière syphilitique, ni le principe caractéristique intégrant du pus rabique, vaccinique, rubiolique ; de l'air des marais, etc.! Non, il n'y a pas de matière scrofuleuse, mais il existe une *disposition* spéciale de l'organisme qu'on peut appeler *scrofuleuse*, comme il en est une *syphilitique* où une goutte de pus détachée et transportée suffit à infecter en peu de temps toute l'économie.

Quoi qu'il en soit, indépendamment des maladies diathésiques que j'ai citées, les phlegmasies aiguës et chroniques, les ulcères, les altérations de tous genres des muqueuses, des séreuses, souvent des synoviales, les abcès profonds, la morve, le farcin, les accidents qui suivent les piqûres anatomiques, etc., deviennent des causes d'adénite ; et, circonstance importante à noter ici, la maladie primitive, à moins qu'elle ne soit trop avancée, peut disparaître complétement; aucune lésion intermédiaire ne se manifeste, et pourtant l'inflammation des glandes continue à marcher et à parcourir ses diverses phases!

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

20. *Nouvelles recherches sur la trachéotomie dans la période extrême du croup*; par M. Trousseau, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants malades.

Suite : *voir* t. VIII, août 1851, p. 137 ; t. IX, septembre, p. 135 ; t. X, octobre, p. 140.

(L'Union médicale, N° 99 ; 21 août 1851.)

Le lecteur a pu remarquer les singulières chances qui s'offrent à moi. En 1850, je débute par un insuccès (obs. I), puis je guéris trois enfants de suite (obs. II, III, IV) ; puis, par une triste compensation, j'en perds quatre de suite (obs. V, VI, VII, VIII).

Que ceci soit un enseignement pour mes jeunes confrères, qu'ils ne se glorifient pas trop vite, mais qu'ils ne se découragent pas trop. Ils pourront avoir plusieurs succès qui leur inspireront un légitime désir de voir s'accroître la série de ces heureuses cartes ; mais si la veine tourne, et elle tournera, qu'ils se gardent d'un découragement trop grand, qu'ils persistent, la fortune leur sourira de nouveau.

Je reprends :

Le 1er février 1851 marquera dans ma vie médicale. Ce même jour, j'étais mandé pour faire trois trachéotomies. L'une, à cinq heures du matin, rue du Faubourg-Saint-Antoine ; les deux autres à deux heures de l'après-midi, dans le quartier des Bourdonnais.

Je pouvais faire la première et la seconde ; pour la troisième, j'arrivai trop tard ; l'enfant était mort depuis dix minutes.

Diphthérie pharyngo-trachéale ; — imminence d'asphyxie ; — trachéotomie ; — guérison.

Obs. IX. — Le 31 janvier 1851, M. le docteur Charpentier me fit l'honneur de m'appeler en consultation chez M. Derome, négociant, rue du Faubourg-Saint-Antoine, au coin de la rue de Charonne. Il s'agissait d'une petite fille de 5 ans, habituellement bien portante, quoique sujette à s'enrhumer.

Cette enfant, depuis quatre jours, était atteinte d'une angine couenneuse, dont M. le docteur Charpentier avait fort bien apprécié le danger. Il avait cautérisé le pharynx avec une solution

de nitrate d'argent, et administré du calomel. Mais le larynx était envahi depuis le 30; la toux était rauque, la respiration sifflante, quand je vis la malade. Je proposai d'insister sur les cautérisations, de donner une mixture avec 1 gramme de calomel, et 40 grammes de miel, et une autre mixture avec 10 grammes d'alun, pour 50 grammes de miel. Ces mixtures devaient être prises par demi-cuillerées à café, alternativement d'heure en heure.

Pendant la nuit, l'asphyxie fit des progrès, et M. le docteur Charpentier me fit quérir à cinq heures du matin, le 1er février.

L'opération faite, il sortit par la plaie une fausse membrane assez épaisse; et dès que la canule fut placée, et que la cravate fut mise autour du col, l'enfant devint calme et s'endormit.

Nous fîmes donner du lait coupé dans la journée; et, dès le troisième jour, quand la fièvre traumatique fut diminuée, nous permînes des potages. La plaie avait été cautérisée trois fois en 48 heures.

Le sixième jour de l'opération, la canule fut enlevée. On ferma complétement la plaie avec du taffetas d'Angleterre, et nous vîmes que l'air traversait assez librement le larynx. Deux fois par jour ce pansement fut renouvelé, et, cinq jours plus tard, la plaie de la trachée était entièrement oblitérée.

Aujourd'hui, l'enfant jouit d'une excellente santé.

Garçon de 4 ans ; — angine couenneuse ; — mort imminente ; — trachéotomie ; — mort quarante heures après l'opération.

Obs. X.—Le même jour 1er février 1851, M. le docteur Durnerin me mandait rue de la Limace, n° 3, chez un pauvre journalier inscrit au bureau de charité, dont l'enfant, âgé de 4 ans, était littéralement expirant. Il était depuis plusieurs jours atteint de mal de gorge; le larynx s'était pris depuis la veille; M. Durnerin n'avait été appelé chez ces pauvres gens que pour être témoin de l'agonie de l'enfant.

Je fis l'opération, non sans perdre beaucoup de sang. La trachée ouverte, je m'aperçus qu'elle était remplie de fausses membranes qui restaient adhérentes, de sorte que l'oppression continuait, bien que la trachée fût largement béante. Je plaçai la canule; mais, l'orthopnée continuant, les vaisseaux qui avaient été coupés coulaient en bavant, et quand l'enfant avait un violent effort de toux, les veines donnaient une grande quantité de sang.

C'est la seule fois de ma vie que, après une trachéotomie faite

pour un cas de croup, j'ai vu continuer l'hémorrhagie. Il fallut temponner avec de l'agaric et tout s'arrêta. Mais l'oppression continua, et l'enfant mourut quarante heures après l'opération.

J'étais resté auprès de cet enfant plus longtemps que d'habitude, précisément à cause de l'hémorrhagie dont je viens de parler.

Sans prendre le temps de laver mes instruments, je courus à quelques pas de là, rue de la Monnaie, n° 26, chez un M. Serbonne, où j'avais été mandé pour faire la trachéotomie. Quand j'arrivai, l'enfant était mort depuis dix minutes.

Garcon de 4 ans ;—angine dipthérique pharyngienne;—s'étendant au larynx ; — phénomènes d'asphyxie ; — trachéotomie ; — guérison.

Obs. XI.—Le fils de M. Hamard, négociant en soieries, rue Vivienne, n° 16, fut atteint d'accidents fort graves du côté du larynx le jeudi 10 avril 1851. Cet enfant (Fernand Hamard, âgé de près de quatre ans) , sans que sa santé semblât le moins du monde altérée, avait eu pendant les trois jours qui précédèrent l'attaque de croup, une fétidité extraordinaire de l'haleine qui frappa plusieurs personnes de la famille.

Le mercredi 9, l'enfant toussa beaucoup, et la mère, qui d'ailleurs ne trouva à sa toux aucun caractère extraordinaire, lui donna un vomitif, sans ordonnance de médecin.—Le jeudi matin, l'enfant déjeûna et joua comme à l'ordinaire. Mais vers quatre heures du soir , la toux prit un caractère tellement singulier , que M. Hamard fit appeler son médecin M. le docteur Paris.

M. Paris reconnut le croup. Il vit de fausses membranes épaisses et d'un blanc de lait qui recouvraient les deux amygdales. La voix et la toux étaient éteintes, la respiration sifflante.

M. Paris prescrivit un vomitif ; toucha plusieurs fois dans la soirée les amygdales avec l'acide chlorhydrique ; fit prendre, pendant la nuit , du calomel à doses fractionnées : 6 sangsues au col.

Le lendemain matin 11 (vendredi), les accidents s'étaient beaucoup aggravés. M. Paris réunit en consultation M. le docteur Cissey et moi, à onze heures et demie du matin.

La toux était stridente, la voix éteinte, l'oppression fort grande. Les fausses membranes occupaient encore les amygdales. Nous ne changeâmes rien au traitement, et nous nous ajournâmes à quatre heures du soir.

Le mal avait fait alors d'horribles progrès ; le sternum, à cha-

que mouvement inspirateur, était profondément déprimé; le visage était pâle, les lèvres devenaient livides. Il fut résolu que la trachéotomie serait faite à six heures, toute autre médication nous paraissant superflue, et la mort nous semblant devoir arriver dans la soirée.

Je fis donc l'opération à six heures, avec l'assistance de mes confrères MM. Paris, Boys de Loury, Mialhe. Il n'y eut rien de spécial, pas d'hémorrhagie. Au moment où la trachée fut ouverte il s'échappa un lambeau fort large de fausse membrane et beaucoup de mucus puriforme.

La canule double fut introduite, le col fut entouré d'une cravate, il ne survint aucun accident. Le samedi et le dimanche je cautérisai profondément la plaie qui s'était recouverte de fausses membranes.

Il y eut peu de fièvre.

On cessa tout traitement, une heure après l'opération l'enfant prit du lait, et on augmenta l'alimentation à mesure que l'appétit se prononça.

La canule interne fut changée à peu près toutes les trois heures.

Le mercredi 16 avril, cinq jours pleins (120 heures) après l'opération, je retirai la canule et je fermai complétement la plaie du col avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre. La respiration laryngée s'établit aisément après quelques efforts de toux, et l'enfant se remit à jouer sur son lit.

La plaie trachéale fut entièrement fermée le 20, neuf jours après l'opération. L'enfant s'était levé le septième jour. Le huitième jour (Vendredi-Saint), il avait pu sortir et aller, en voiture, à la promenade de Longchamps.

Dans les deux mois qui suivirent, il fut pris, à deux fois, de laryngite aiguë, avec toux croupale et sifflement. Ces accidents cédèrent à du repos et à un purgatif.

Aujourd'hui l'enfant jouit de la meilleure santé.

Fille de 4 ans ; — angine pharyngienne diphthérique ; propagation au larynx ; — asphyxie imminente ; — convalescence ; — pneumonie aiguë ; — mort quinze jours après l'opération.

Obs. XII. — Le 7 mai 1851, je fus mandé par M. le docteur Gilette, médecin des hôpitaux de Paris, pour pratiquer la trachéotomie chez la nièce de M. Ravaut, propriétaire des magasins du Grand-Condé, rue de Seine, 87.

Le 1er du mois, M. le docteur Gilette fut appelé pour voir Henriette Berthon, âgée de 4 ans, jusqu'ici très vigoureuse et

très bien portante, qui, depuis la veille, avait un peu de fièvre et de mal de gorge. M. Gilette examina la gorge avec le plus grand soin et n'y vit rien que de la rougeur et un peu de gonflement. Le vendredi 2 mai, troisième jour de la maladie, M. le docteur Gilette aperçut sur les amygdales des fausses membranes assez épaisses et d'un blanc jaunâtre ; la voix commençait à être un peu altérée et la toux était enrouée. Une cautérisation fut immédiatement faite et l'on donna un vomitif. Cependant le sifflement de la respiration, la dyspnée, l'extinction de voix, en un mot les signes les plus évidents du croup se manifestèrent dès le samedi 3 mai, et ce jour là l'enfant rendit, par la toux, une fausse membrane longue et épaisse. La cautérisation, les vomitifs furent continués avec vigueur. L'enfant, presque chaque jour, rendit des fausses membranes tantôt tubulées comme un morceau de macaroni, tantôt roulées sur elles-mêmes, tantôt en fragments irréguliers, sans que jamais on en vît qui par leur volume laissassent penser que les fausses membranes vinssent des bronches. Il y avait des alternatives d'orthopnée et de facilité de respiration, suivant que les concrétions fibrineuses se reformaient ou étaient expulsées. Le mardi soir, 6 mai, après une journée assez orageuse pendant laquelle des fausses membranes avaient été rendues, le médecin était en droit d'espérer la guérison ; mais pendant la nuit l'orthopnée reparut et fit de tels progrès, que M. Gilette crut indispensable de recourir à la trachéotomie, et il me fit mander le 7 à cinq heures du matin. Nous nous adjoignîmes M. le docteur Lasègue, et l'opération fut faite à six heures et demie du matin.

Pendant la demi-heure que nous avions passée à faire les préparatifs nécessaires, l'asphyxie avait fait des progrès effrayants ; la toux, la voix étaient éteintes, la respiration sifflante et métallique.

L'opération se fit aisément, sans accidents, sans hémorrhagie.

La canule fut placée et le pansement fut fait comme à l'ordinaire.

Quatre heures plus tard, je retrouve l'enfant en très bon état, avec un peu de fièvre.

A dix heures du soir, quatorze heures après l'opération, la respiration est paisible, l'expectoration mucoso-puriforme, la fièvre modérée (120), la peau moite. L'enfant, durant toute la journée, a souvent et longtemps dormi.

Le 9 à dix heures, cinquante-deux heures après l'opération, l'enfant est très bien, la respiration très facile, l'expectoration

mucoso-puriforme et abondante ; la plaie a été vigoureusement cautérisée hier, elle le sera de nouveau ce soir.

Le 10, à neuf heures du soir ; hier soir la plaie a été de nouveau cautérisée, quoiqu'elle eût un excellent aspect. Il y a eu depuis hier beaucoup de toux et une expectoration mucoso-puriforme.

En explorant ce soir la poitrine, je trouve une respiration parfaitement vésiculaire, et quelques râles sibilants et ronflants très rares. Il y a toujours de la fièvre et peu d'appétit.

Le 12, sixième jour, à dix heures du matin, j'enlève la canule et je ferme complétement la plaie avec du taffetas d'Angleterre. La respiration s'exécute facilement par le larynx, la voix est faible et enrouée.

A neuf heures du soir, je revois l'enfant ; il a bien passé la journée ; j'enlève l'appareil, la plaie est belle, déjà beaucoup rétrécie ; je referme de nouveau la plaie avec le taffetas d'Angleterre.

Le 13, septième jour, il y a toujours un peu de fièvre, la voix est toujours enrouée, la toux presque éteinte, la respiration un peu sifflante. L'examen de la gorge permet de constater que les fausses membranes du pharynx ont entièrement disparu. L'enfant avale facilement les potages ; mais lorsqu'elle boit de l'eau, une partie des boissons entre dans le larynx et provoque une toux violente. La plaie est singulièrement rétrécie.

Le 14, le matin, l'enfant va bien ; mais à une heure et demie de l'après-midi, elle est prise d'un frisson épouvantable avec un refroidissement tel et une si profonde anxiété, que M. Gilette crut dès l'abord à une attaque de choléra ; c'était le début d'une pneumonie double.

Rien n'arrêta la marche de cette terrible maladie ; la plaie du col se rouvrit immédiatement, la difficulté de la déglutition ne cessa pas, et la pauvre enfant mourut six jours plus tard, quinze jours après l'opération.

Je ne veux point ici parler de la pneumonie qui vint enlever cette pauvre petite fille au moment où nous la considérions comme guérie, au moment où, pleins de confiance, nous déclarions aux parents qu'elle était hors de danger ; mais je veux appeler l'attention sur la difficulté de la déglutition, difficulté qui se présente fort souvent et qui embarrasse singulièrement les médecins.

On peut établir sans crainte d'être contredit que la moitié au moins des enfants dont la vie se prolonge après la trachéotomie, est atteinte de cette singulière dysphagie.

Lorsque l'on vient de faire l'opération, les enfants boivent et mangent avec une extrême facilité. Cette facilité persiste ordinairement pendant quatre ou cinq jours, puis on s'aperçoit qu'ils avalent un peu de travers. Chaque fois qu'ils boivent, il survient une toux convulsive et l'on voit jaillir par la canule quelques gouttes de boisson. Ordinairement cet accident persiste pendant cinq, six et même quinze jours, surtout quand les enfants boivent vite. Il persiste lors même que l'on enlève la canule et qu'on ferme exactement la plaie du col. Le plus ordinairement la quantité de liquide qui passe ainsi par le larynx est peu considérable et ne cause qu'une légère incommodité ; mais quelquefois, comme nous en avons précisément un exemple chez la pauvre petite fille dont je viens de raconter l'histoire, la presque totalité des boissons entre dans la trachée et dans les bronches causant des accidents inflammatoires graves, et les enfants se refusent alors à boire quoi que ce soit.

J'ai pour règle à peu près invariable, quand cet accident arrive, de priver les enfants de boisson, de leur donner des potages consistants et notamment du vermicelle, du macaroni cuit au lait ou au bouillon, mais en ôtant le lait et le bouillon ; du poisson, de la viande peu cuits, en morceaux assez gros, et j'évite ainsi les accidents. Ils avalent ainsi les aliments solides, reprennent des forces et, avec les forces, la facilité de la déglutition se rétablit, et bientôt les enfants peuvent boire, pourvu qu'ils le fassent lentement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

OPHTHALMOLOGIE.

21. *Mémoire sur l'épicanthus et sur une espèce particulière et non encore décrite de tumeur lacrymale* ; par le docteur SICHEL.

(L'Union médicale, Nos 116 et 117 ; 30 septembre et 2 octobre 1851.)

§ 1. — On rencontre assez fréquemment un type anormal de la conformation du nez, où les os propres de cet organe, aplatis, élargis et en quelque sorte rejetés sur les côtés, lui donnent une dépression très marquée et à la physionomie un caractère particulier fort disgracieux. Cette configuration, dans un grand nombre de cas, entraîne après elle le rétrécissement des orifices des sinus frontaux, la rétention et l'altération de la sécrétion de leur membrane muqueuse, et, par suite, une espèce d'ozène qui se manifeste surtout par une odeur repoussante des mucosités nasales et de l'haleine, souvent même très sensible à une certaine distance.

Ces deux faits sont depuis longtemps dans le domaine de la nosologie. Il n'en est pas ainsi de deux autres états pathologiques, tirant également leur origine de cet aplatissement des os nasaux, mais qui n'ont point autant attiré l'attention des médecins, malgré leur importance pour la science et la pratique, et dont l'un est même resté complétement ignoré jusqu'ici nous voulons parler :

I. De l'*épicanthus congénial*,

II. D'*une espèce particulière de tumeur lacrymale*,

L'un et l'autre produits par cette configuration anormale des os propres du nez. Ces deux affections font le sujet du travail qu'on va lire. Nous commençons par la plus importante.

I. — DE L'ÉPICANTHUS CONGÉNIAL.

§ 2. — La maladie qu'on a appelée *épicanthus*, peu connue jusqu'ici, quoique fort curieuse et moins rare qu'on ne le pense, n'a encore fait le sujet d'aucune monographie complète. Elle est caractérisée par la formation, dans le grand angle de l'œil, d'un repli semi-lunaire de la partie des téguments cutanés qui occupe les côtés de la racine du nez. Ce repli recouvre plus ou moins la commissure interne des paupières et la portion correspondante du globe oculaire. De là son nom qui désigne une plicature recouvrant le grand angle (ἐπί *epi*, sur κανθός, *kanthos*, angle).

§ 3. — *Symptomatologie.*

Dans l'épicanthus, la peau du grand angle, au lieu de s'étendre en une surface unie entre le côté de la racine du nez et la commissure interne des paupières, forme un repli semi-lunaire dirigé de haut en bas et ayant sa concavité tournée en dehors vers le globe oculaire. L'étendue verticale autant qu'horizontale de ce pli peut varier et constituer ainsi différents degrés de la maladie. Tantôt il commence à peu de distance au-dessous du sourcil, parallèlement avec son extrémité nasale, en se dirigeant le long du tiers interne du rebord orbitaire supérieur, pour descendre, en se recourbant, jusqu'à la jonction du tiers interne avec le tiers moyen du rebord orbitaire inférieur. Dans ce cas, ce repli recouvre le grand angle jusqu'à la région des points lacrymaux, de manière à cacher la caroncule lacrymale et une partie notable de la sclérotique. Il n'atteint jamais la cornée dans les positions où le globe oculaire se porte droit en avant, à moins toutefois qu'il n'existe une complication de strabisme convergent. Tantôt cette espèce de valvule cutanée commence plus bas, à une plus grande distance du sourcil, finit plus haut, à une moins grande distance au-dessous de la commissure palpébrale interne, et s'étend beaucoup moins sur l'œil. Quelquefois alors la maladie, peu développée et peu apparente, est facile à méconnaître. Dans ce cas, il suffit de tirailler les téguments de l'une des paupières en dehors et un peu en bas, pour augmenter le pli et amener momentanément la difformité à son plus haut degré. Entre la plicature semi-lunaire de la peau exubérante et la partie sous-jacente des paupières, il existe un interstice en forme de fossette d'une étendue variable, moins prononcé quand le globe est saillant, plus profond quand il est enfoncé dans son orbite. Dans ce dernier cas, il est facile d'introduire l'un des doigts dans ce creux et de soulever l'espèce de valvule pathologique.

Les effets produits par ce plissement de l'excédant des téguments cutanés varient selon les différents degrés de développement de l'abnormité. Toujours il en résulte une difformité, une expression particulière et désagréable des traits de la figure, une certaine ressemblance avec le type de la race mongole. Nous dirons plus tard, en traitant de l'étiologie, en quoi consiste cette ressemblance déjà signalée par M. d'Ammon qui, toutefois, n'en a pas détaillé les caractères ni reconnu les causes.

Les mouvements des paupières sont plus ou moins gênés; le malade ne peut les écarter complétement ni les ouvrir librement, surtout dans l'étendue de leur partie interne. Il ne peut le faire

sans effort, et n'y réussit qu'à l'aide de certaines grimaces particulières, l'exubérance valvulaire entraînant plus ou moins après elle les téguments du voisinage. La fente palpébrale devient plus étroite, même quand il n'existe pas une véritable chûte de la paupière supérieure dont il sera question plus loin, lorsque nous traiterons des complications. De tout cela il résulte une gêne notable de la vision qui ne peut s'exercer librement dans tous les sens, à moins que le malade ne donne à la tête des positions extraordinaires et souvent singulières, en la rejetant surtout en arrière et en élevant beaucoup le menton. Quand le regard se porte de côté, la partie interne de l'un des yeux est plus ou moins recouverte par la bride semi-lunaire des téguments, ce qui peut occasionner ou favoriser le strabisme. Lorsque les yeux occupent une position très profonde dans l'orbite, le repli cutané entraîne davantage les paupières en bas et empêche de les ouvrir convenablement. Cela a lieu particulièrement dans l'épicanthus accompagné d'atrophie accidentelle et complète du globe oculaire et de la situation profonde du moignon, observé une seule fois jusqu'ici par M. d'Ammon. Le malade, dans ce cas, ne pouvait presque point ouvrir les yeux ; il éprouvait une gêne très grande en riant et en mangeant.

Les points lacrymaux, bien que souvent masqués par la duplicature valvulaire de la peau, occupent d'ordinaire leur position normale. Sur un seul malade observé par M. Schoen, ils étaient plus distants de l'angle interne qu'à l'état normal.

Le repli cutané, qu'il soit unilatéral ou double, disparaît instantanément et totalement avec tous les symptômes qu'il produit, si, en se plaçant devant le malade, on lui pince entre deux doigts et l'on attire vers soi une portion de la peau du nez, correspondant par sa position et son étendue à celle de la valvule anormale. On verra plus tard que c'est là une donnée importante pour le traitement.

§ 4. — *Étiologie.*

L'espèce principale de l'épicanthus, celle dont nous avons traité jusqu'ici, est congéniale et produite par une conformation primitivement vicieuse. Selon nos observations et celles qui font le sujet des premières publications de M. d'Ammon sur cette maladie, cette espèce affecte toujours les deux côtés en même temps. Plus tard, M. d'Ammon (*Représentations cliniques des maladies des yeux*, 1841, tome III, p. 1, pl. 1, figure 6) a mentionné et figuré un épicanthus unioculaire congénial qui, jusqu'ici, est resté le seul exemple de ce genre, bien que nous en ayons observé

quelques-uns, où à l'un des yeux l'affection n'était que rudimentaire et échappait facilement à l'observation. On peut donc formuler la proposition, que l'*épicanthus congénial complet est, presque sans exception, double ou binoculaire.*

M. d'Ammon attribue la formation de la maladie à une exubérance de la peau de la face qui recouvre la région de la racine du nez jusqu'à l'angle oculaire interne. Quant à nous, nous avons invariablement trouvé, avec l'épicanthus congénial des deux yeux, une configuration primitive particulière des os propres du nez qui sont aplatis, pour ainsi dire rejetés sur les côtés et élargis, mais de manière à perdre beaucoup plus en élévation qu'ils ne gagnent en largeur. C'est là, selon nous, la cause par laquelle les téguments cutanés de cette région, sans toujours présenter un excès absolu de quantité, deviennent constamment flasques et relativement exubérants, et, n'étant pas soutenus et tendus en avant par le dos du nez, se rétractent sur le côté, de manière à y former le pli que nous avons décrit.

Cette conformation particulière nous avait frappé de prime abord, et nous l'avons toujours signalée dans nos leçons cliniques comme la cause productrice de la maladie. M. d'Ammon, dans ses premières observations, n'en a pas parlé ; mais plus tard (*Représentations cliniques,* 1841, *loc. cit.*), il l'a brièvement mentionnée dans les termes suivants, mais sans la regarder comme essentielle : « Sous ce rapport, il est aussi digne d'attention que, *dans plusieurs cas*, la région de la racine du nez a été trouvée d'une largeur insolite. »

La ressemblance avec le type mongol, bien qu'elle tienne aussi en partie à l'étroitesse de la fente palpébrale, est principalement fondée sur cet aplatissement et cet élargissement des os propres du nez, qui, comme on sait, forme l'un des caractères saillants de la physionomie de cette race. Qu'il nous soit permis, à ce propos, d'ajouter quelques considérations anthropologiques qui nous semblent rentrer dans notre sujet.

En 1845, lors de l'examen que nous avons pu faire des sauvages Ioways, nous fûmes frappé par cette circonstance assez singulière que les hommes, par leur taille très élevée autant que par leur physionomie, nous semblaient tous offrir les caractères de la race caucasienne, sauf les traits du visage bien plus fortement accusés ; car la couleur de leur peau, là où elle n'était pas altérée par la peinture qu'ils ont l'habitude d'y appliquer, ne nous a point paru beaucoup plus rouge que chez les Européens.

Les femmes, au contraire, ainsi que la petite fille, présentaient un type tout différent, très rapproché de celui de la race mon-

gole. Or, cette petite fille, âgée de cinq ans environ, était affectée à l'œil droit d'un épicanthus parfaitement développé et compliqué de strabisme convergent. A l'œil gauche, il n'y avait point de strabisme, et l'épicanthus existait à peine ou seulement à l'état rudimentaire. La mère était aussi atteinte d'épicanthus, mais à un degré beaucoup moins prononcé; nous n'avons pu d'ailleurs bien examiner cette femme, dont la physionomie portait l'empreinte d'un profond ennui, et qui fuyait le regard et la conversation.

Ce que nous avions vu sur ces deux individus suffisait pour faire naître en nous l'idée, que l'épicanthus congénial coïncidant avec la conformation particulière des os propres du nez peut être regardé comme une transition de la race caucasienne à la race mongole. Il serait très curieux de savoir si, chez les peuples appartenant à cette dernière race, l'épicanthus est réellement plus fréquent; nous le soupçonnerions d'après ce qui vient d'être exposé. Nous avons immédiatement communiqué à M. le professeur Serres, qui examinait ces Indiens le même jour que nous, notre remarque sur le type mongol de la physionomie des femmes de cette tribu; il l'approuva en ajoutant qu'il l'avait faite également. Notons en passant que, dans une lithographie publiée alors et assez mal faite, on a à tort donné aux hommes une ressemblance avec la physionomie mongole qu'ils n'ont aucunement.

§ 5. — Ayant donné lecture à M. Serres du chapitre de notre travail relatif aux causes de l'épicanthus, nous avons eu la satisfaction de voir ce savant, si compétent sur toutes les questions d'anthropologie, attacher à l'opinion émise ci-dessus une importance bien plus grande que nous n'avions espéré. Il nous a fait connaître une note lue par lui à la séance de l'Académie des sciences du 19 mai 1845 (*Observations sur la race américaine et les Indiens Ioways*) et insérée dans les comptes rendus (p. 1489), dont il sera utile d'extraire le passage suivant (p. 1491) :

« Quant à ce qui concerne les Indiens Ioways qui sont présentement à Paris, et que M. Jacquinot rapproche des Nouveaux-Zélandais, l'examen que j'en ai fait comme membre de la commission de l'Académie m'a fait reconnaître en eux, chez les hommes particulièrement, les caractères anthropologiques scandinaves; les femmes, au contraire, conservent quelques traits de la race mongole que nous avions trouvés chez les Botocudos, homme et femme : caractère déjà reconnu par MM. Spix et Martius dans quelques tribus brésiliennes, par M. de Humboldt, sur

les peuplades de l'Orénoque, et par M. le prince Maximilien de Wied chez les Pourys. »

Qelques remarques de M. Serres, suggérées par notre exposé des causes de l'épicanthus, trouveront ici leur place, et appuieront nos idées de leur autorité puissante.

Le pli valvulaire constitutif de l'épicanthus, dans lequel M. Schoen croyait reconnaître un rudiment de la quatrième paupière, rappelle à notre savant confrère ce qu'il désigne chez les oiseaux du nom de *fourreau* , c'est-à-dire, cette plicature de la peau qui, près du grand angle de l'œil, enchâsse les paupières.

Il croit aussi digne de considération pour notre explication de la pathogénie de l'épicanthus une circonstance déjà sommairement mentionnée par nous (§ 1), à savoir qu'en raison directe de l'aplatissement des os propres du nez, les sinus frontaux s'affaissent davantage en arrière et se rétrécissent. On a déjà vu (§ 1), que nous attribuons au rétrécissement de ces cavités l'ozèna particulier produit par la dépression excessive de la racine du nez ; voici donc un argument de plus en faveur de cette opinion,

En outre, selon M. Serres, les variations nombreuses de la simosité du nez ont leur source non seulement dans les os propres de cet organe, mais aussi dans le déplissement de l'apophyse montante du maxillaire supérieur qui leur sert de point d'appui sur les côtés. Ce déplissement, dans toutes les races du règne humain, est en raison inverse du volume des os nasaux.

Deux autres remarques intéressantes de M. Serres montrent, comme tout ce qui précède, combien les questions en apparence les plus simples, et qui, au premier aspect, ne semblent présenter qu'un intérêt fort secondaire ou tout au plus pratique, gagnent à être envisagées d'un point de vue élevé et philosophique :

1° Plus on s'avance vers l'Orient, plus on voit le type de la physionomie se rapprocher de celui de la race mongole. L'épicanthus, par cette raison, devient-il plus fréquent de l'ouest à l'est, même en Europe ? Cette question, on le voit, n'est qu'un des côtés de celle que nous nous sommes adressée sur la fréquence probablement plus grande de cette maladie chez les peuples de race mongole. Elle se résoudra sans doute par l'affirmative, mais nous sommes en ce moment absolument hors d'état de contribuer à sa solution, même approximative, ne possédant point les éléments statistiques de la fréquence comparative de

l'épicanthus en France, en Allemagne et dans les autres pays européens.

2° Plus le nez devient aquilin, plus aussi la fréquence de l'épicanthus doit diminuer. Par conséquent il doit se rencontrer beaucoup plus rarement chez les Juifs, à cause de la fréquence de la formation aquiline du nez.

A l'appui de cette opinion, parfaitement conforme à notre manière de voir, nous pouvons dire que, parmi un grand nombre d'individus affectés d'épicanthus que nous avons pu observer, il n'en existe pas un seul issu de parents juifs.

3° Nous compléterons la dernière idée émise par M. Serres, en y ajoutant pour notre propre compte une nouvelle considération.

La formation aquiline du nez se généralisant davantage, à mesure qu'on avance du nord au midi, surtout dans les pays où, comme en Espagne, le sang européen s'est mêlé au sang oriental de race caucasique, il nous paraît probable que la fréquence de l'épicanthus diminue également du nord au midi de l'Europe.

Toutes ces questions anthropologiques ne pourront être résolues que par des recherches statistiques ultérieures. Nos confrères voudront bien y fixer leur attention afin de rendre possible la réunion des éléments nécessaires.

§ 6. — *De l'épicanthus héréditaire.*

Comme toutes les affections dépendant d'un vice de première conformation, l'épicanthus peut être héréditaire. En voici un exemple :

Obs. I. — Dans l'été de 1845, M. T..., d'Orléans, se présente à notre consultation avec un épicanthus congénial compliqué de ptosis. Il a cinq fils et une fille qui sont affectés de la même maladie. Cinq autres, un garçon et quatre filles, ont, dit-il, de grands yeux exempts de toute difformité. La fille de l'un de ses cinq fils est atteinte de la même affection. L'un des fils, que j'ai vu, offre le ptosis et l'étroitesse des fentes palpébrales à un degré beaucoup plus avancé que l'épicanthus qui se réduit à un pli fort court et peu élevé de haut en bas, mais s'étendant très loin du nez. Il a en même temps un strabisme convergent plus prononcé d'un côté, mais il est difficile de décider quel œil fut primitivement le plus dévié. Le pli constitutif de l'épicanthus devient facilement le siége d'une érosion, par suite d'une conjonctivite catarrhale à laquelle le malade est sujet (voir le § 14) ; cette érosion forme presque une fissure à la partie supérieure de la valvule anormale.

Les membres de cette famille ne sauraient guérir de cette difformité congéniale sans l'opération du ptosis, affection très prononcée chez eux. Une simple opération d'épicanthus ne suffirait pas, attendu que, chez eux, l'épicanthus est moins développé que l'abaissement de la paupière supérieure symptomatique de l'allongement de ses téguments.

§ 7. — *De l'épicanthus incomplet.*

Outre l'épicanthus complet, variable quant à son degré, j'ai plusieurs fois rencontré une espèce d'indice ou de rudiment de cette maladie, un *épicanthus incomplet congénial*, soit uni-latéral soit bilatéral. Il consiste en un pli peu élevé et à peine visible de la peau du grand angle qui, au lieu de former un demi-cercle complet, ne décrit environ qu'un quart de cercle, terminé à peu près à la hauteur de la commissure palpébrale, après avoir pris son origine à quelque distance au-dessous ou au-dessus de cette commissure. D'autres fois, cet épicanthus incomplet constitue un demi-cercle ou un demi-ellipsoïde entier, à la vérité, mais d'une étendue verticale minime ; de plus, la plicature est peu épaisse, peu élevée d'arrière en avant, de manière à ne point entraver les mouvements des paupières, ni pouvoir donner lieu au strabisme consécutif (v. § 13). Dans l'un et l'autre cas, l'existence de cette valvule rudimentaire, qui n'est à la vérité qu'un acheminement à l'épicanthus, échappe à l'attention de ceux qui ne connaissent point la maladie bien caractérisée. En tirant la peau du grand angle dans la direction opposée à l'origine de ce pli incomplet, c'est-à-dire, en bas, si le pli commence au-dessus de la commissure, et en haut, s'il commence au-dessous, on produit à volonté un épicanthus complet. En pinçant les téguments du dos du nez entre deux doigts, et en les attirant un peu en avant, on efface facilement le pli du grand angle. Cet épicanthus incomplet, autant du moins que j'en puis juger par mon expérience actuelle, ne constitue ni une gêne notable ni une difformité choquante, et partant n'exige aucun traitement. Il ne semble pas non plus augmenter, et paraît même s'effacer avec l'âge ; car jusqu'ici je ne l'ai rencontré que chez des enfants au-dessous de dix ans, sans le trouver plus développé en raison directe du nombre des années. Toufefois, on peut, par précaution, y appliquer le traitement prophylactique que j'exposerai en parlant de la marche de l'épicanthus.

Nous rapportons ici deux exemples d'épicanthus incomplet, choisis entre beaucoup d'autres, le premier où la maladie, au

bout d'un temps peu considérable, a été presque guérie sans opération, le second, où elle se trouvait dans le cortège de deux autres maladies congéniales.

Épicanthus incomplet congénial avec ptosis, presque guéri sans opération.

Obs II. — Le petit L..., âgé de dix-huit mois, m'est présenté, en août 1850, pour un épicanthus incomplet plus marqué à l'œil gauche, ou, en même temps, il y a un certain degré de ptosis atonique de la paupière supérieure et de strabisme convergent. La racine du nez est aplatie, déprimée, fort élargie d'un côté à l'autre. A l'œil gauche, le pli valvulaire constitutif de l'épicanthus a 4 millimètres d'élévation antéro-postérieure. Quant à son étendue verticale, il commence à 6 millimètres au-dessus de la commissure interne, et se termine à la même distance au-dessous. A l'œil droit, il a presque la même étendue au-dessus de la commissure, à laquelle il se termine. La maladie peut donc être regardée comme analogue, quant à sa forme, à notre observation IV, tout en se trouvant encore au premier degré. En soulevant sur le milieu de la racine du nez un pli vertical ovalaire de 4 millimètres d'élévation, on efface complétement les deux épicanthus.

La mère, fort intelligente, et très désireuse de voir disparaître la difformité de son enfant, reçoit de nous le conseil de former plusieurs fois par jour un pli semblable sur le dos de la partie supérieure du nez, de le tirer fortement en avant, et de pratiquer les manœuvres indiquées dans le § 9. Il en résulte, vers le commencement de mai 1851, une diminution très notable des épicanthus et même du ptosis et du strabisme, mais qui ne satisfaisait point encore des parents. On convient qu'après avoir encore continué pendant un mois l'observation assidue des règles données, on soumettra l'enfant à l'opération.

Au jour fixé, au commencement de juin, un examen attentif prouve pour nous, comme pour les parents, que l'amélioration est excessivement considérable et équivaut presque à une guérison. Par conséquent, l'opération est ajournée indéfiniment, et deviendra probablement inutile.

Microphthalmos et épicanthus incomplet uni-latéral.

Obs III.— La petite S..., âgée de huit mois, m'est présentée à ma clinique le 16 octobre 1846, pour un microphthalmos double des mieux caractérisés, accompagné de colobome de l'iris des deux yeux. Sa mère attribue ce vice de conformation à ce

que, pendant sa grossesse, elle a été frappée de l'aspect d'un aveugle !

La racine du nez, élargie et aplatie, sans offrir d'épicanthus bien prononcé, révèle cependant, par un commencement de pli valvulaire au-dessous de l'angle interne droit, une tendance à cette maladie. Le reste du visage est développé normalement. La tête, quoique petite, ne l'est cependant pas davantage que celle de beaucoup d'enfants du même âge.

§ 8. — *De l'épicanthus uni-latéral.*

Nous avons déjà dit (§ 4) que l'épicanthus congénial existe très rarement d'un seul côté. Cet épicanthus uni-latéral doit être regardé comme une sous-espèce d'épicanthus bi-latéral incomplet. En émettant cette opinion, nous nous appuyons sur une série de faits avérés et qui nous paraissent concluants. Voici ces faits :

1° Dans l'épicanthus uni-latéral congénial, on trouve presque toujours, à l'œil sain, un commencement ou rudiment de la maladie, un épicanthus incomplet, tel que nous venons de le décrire dans le paragraphe précédent ;

2° La conformation caractéristique des os propres du nez existe toujours ici, bien qu'à un moindre degré ;

3° Une troisième circonstance que nous verrons confirmée ci-dessous par notre observation IV, c'est que l'épicanthus congénial bi-latéral est le plus souvent, sinon toujours, plus prononcé à l'un des yeux. C'est à l'œil où la difformité est le plus prononcée que le ptosis et le strabisme se développent d'ordinaire après une certaine durée de l'affection (v. §§ 12, 13). Il est donc naturel, que, dans les cas d'épicanthus incomplet, la maladie, rudimentaire ou nulle à l'un des yeux, ne soit point encore complétement développée à l'autre, ce qui constitue l'épicanthus uni-latéral et le fait rentrer dans la catégorie du développement incomplet de la maladie.

L'épicanthus uni-latéral, tel que nous l'avons observé jusqu'ici n'entraîne point une difformité et une gêne assez grandes pour exiger un traitement chirurgical, par la raison que, selon nous, il n'est jamais tout à fait complet. Pour espérer un amendement notable ou même la guérison, il suffit de tirer souvent en dedans la partie des paupières voisine de la commissure interne, de donner en même temps à cette traction la direction en bas pour la paupière inférieure et en haut pour la paupière supérieure, enfin de suivre les préceptes que nous exposerons à

la fin du § 9, où nous parlerons de la marche de l'épicanthus.

Si toutefois le cas se présentait où l'opération devint nécessaire, nous la tenterions ici d'après le procédé de Graefe, modifié comme nous le dirons à la fin du § 10.

§ 9. — *Marche de l'épicanthus et moyens non chirurgicaux d'enrayer son développement.*

Comparativement au nombre assez considérable d'individus en bas-âge affectés d'épicanthus congénial double et plus ou moins complet que j'ai observés, je ne l'ai vu que très rarement sur des adultes. M. d'Ammon également ne rapporte que des exemples d'individus peu avancés en âge. Il devient donc probable que, dans certaines circonstances, l'épicanthus, surtout incomplet et uni-latéral, peut diminuer et s'effacer avec l'âge. Par conséquent l'on devra prendre pour tâche de seconder cette disparition spontanée de la maladie, en recommandant aux individus affectés, dès que leur âge et leur intelligence le permettent, de faire des efforts fréquents pour relever le plus possible la paupière supérieure et agrandir insensiblement l'étendue verticale de la fente palpébrale. On conseillera également avec avantage de faire de temps à autre pincer entre les doigts et tirailler en avant la peau de la racine du nez, et de tendre simultanément en bas et en dedans les téguments entre les ailes du nez et de la paupière inférieure, et en haut et en dedans ceux qui recouvrent la région entre la queue du sourcil et la ligne médiane. L'emploi journalier de ces manœuvres simples, faciles et peu gênantes, est d'une grande utilité et dispensera le plus souvent d'avoir recours à l'opération, surtout si l'on y joint l'exercice méthodique de l'œil le plus malade, son congénère étant bandé. Il faut que l'axe visuel de l'œil atteint du plus haut degré de la maladie soit toujours dirigé le plus possible en face des objets, autant lorsqu'on l'exerce seul que lorsque les deux yeux agissent ensemble. On a vu, dans l'observation II, un exemple où ces moyens ont rendu inutile l'opération déjà consentie par les parents.

§ 10. — *Traitement de l'épicanthus congénial complet binoculaire.*

Dans l'épicanthus congénial double binoculaire, nous ne connaissons jusqu'ici qu'une seule méthode curative rationnelle et radicale : c'est l'excision d'une portion ovalaire ou ellipsoïde de la peau de la racine du nez et la réunion immédiate de la plaie par

des points de suture. Cette méthode, inventé par M. d'Ammon et publiée en 1831, est pratiquée de la manière suivante :

Placé en face du malade, le chirurgien soulève, entre le pouce et l'index de la main gauche, un pli vertical de la peau de la racine du nez, exactement au milieu entre les angles internes des deux yeux. Il agrandit peu à peu ce pli, en l'attirant en avant et vers lui, jusqu'à ce que les épicanthus soient complétement effacés. Lorsque la difformité a ainsi disparu en entier, on marque avec de l'encre la circonférence de la base du pli qu'on a formé, puis on lâche prise. Alors la ligne tracée circonscrit un espace ovalaire ou terminé un peu en pointe à ses deux bouts, et long d'environ deux centimètres de haut en bas. On excise toute cette portion de la peau à l'aide d'un bistouri pointu, et on réunit les lèvres de la plaie par trois ou quatre épingles et des sutures entortillées. On se borne au seul emploi de fomentations froides. Au bout de quelques jours, on retire les épingles, soit à la fois, soit successivement, en les remplaçant par des bandelettes agglutinatives. M. d'Ammon a donné à cette opération le nom de *rhinorrhaphie* (ῥίς, *rhis*, nez, ῥαφή, *rhaphé*, suture).

Dans un cas que je rapporterai (obs. IV.), j'ai fait à cette méthode quelques modifications dans le but d'abréger et de simplifier l'opération. Ainsi, dès que j'eus formé un pli d'une étendue convenable, sans le marquer à l'encre ni le lâcher, je passai de suite à travers sa base deux fils de soie doublés, au devant desquels j'excisai le pli à l'aide de ciseaux courbés sur le plat. Je serrai chaque fil en un nœud et je réunis les interstices des sutures par des bandelettes agglutinatives. Ce procédé m'avait paru préférable, comme beaucoup plus simple et plus expéditif ; il m'a complétement réussi ; la cicatrisation fut rapide et parfaite. Une observatiou comparative peut seule décider, s'il doit être adopté sans restrictions.

Avant de trouver la méthode que nous venons de décrire, et qui jusqu'ici a toujours été couronnée de succès, M. d'Ammon en a employé plusieurs autres qui ont échoué. Après avoir infructueusement essayé l'incision transversale du milieu du pli cutané qui constitue l'épicanthus et l'introduction dans la plaie de mèches de charpie, il avait tenté l'opération suivante. On incisa l'épicanthus transversalement à son milieu, puis on croisa l'incision transversale par une autre en sens vertical. Les petits lambeaux ainsi formés furent disséqués, puis retranchés. Il en résultait une perte de substance de la peau, de forme quadrangulaire et régulière, ayant à peu près l'étendue d'une petite fève.

Cette opération parut atteindre de son but; mais au bout de quinze jours les bourgeons charnus ramenèrent le pli de la peau et l'épicanthus complet.

Une autre méthode a été mise en usage par Graefe. Voici, d'après M. Schoen, en quoi elle consistait. On soulèva un peu l'épicanthus à l'aide d'une pince à dents, dont l'une des branches était introduite sous la valvule anormale. La portion de peau saisie fut complétement excisée avec une paire de ciseaux oculaires, puis avec le même instrument on pratiqua une incision droite, longue d'environ 2 millimètres, dans la peau de l'angle oculaire interne, vers la racine du nez ; on couvrit la plaie d'un petit plumasseau enduit de cérat. M. Schoen ayant décrit cette opération seulement d'après ses souvenirs, ne pouvait se rappeler si elle avait bien réussi. Graefe lui-même malgré l'invitation de M. Schoen, n'a point publié cette opération et celle qu'il avait pratiquée antérieurement. Cette méthode opératoire, sauf quelques modifications, semble pouvoir être employée avec utilité dans le cas d'épicanthus congénial uni-latéral (voir § 8), où la rhinorrhaphie de M. d'Ammon n'est pas applicable par la raison qu'il pourrait en résulter une tension des paupières de l'œil sain vers le grand angle et la racine du nez.

Voici comment, dans une circonstance pareille, je modifierais la méthode de Graefe. Après avoir excisé le pli de grand angle, si la peau de cette région et de la racine du nez avaient trop de laxité, je saisirais avec une pince la lèvre de la plaie la plus rapprochée du nez, et j'en exciserais une portion plus ou moins grande à l'aide de ciseaux oculaires courbes, puis je pratiquerais la réunion immédiate de la solution de continuité par un ou deux points de suture et des bandelettes agglutinatives. En théorie, je pense que cette opération doit amener la guérison radicale, mais elle a besoin d'être sanctionnée par l'expérience, car, jusqu'ici je n'ai point observé moi-même un épicanthus congénial uni-latéral d'un degré assez avancé pour exiger un traitement chirurgical.

§ 11. — *Complications de l'épicanthus.*

A part les coïncidences accidentelles, deux complications essentielles sont fréquentes dans l'épicanthus : le *ptosis atonique* et le *strabisme convergent.*

(*La suite à un prochain numéro.*)

VIII. Maladies des voies génito-urinaires.

---

22. *Observation de cystite chronique* ; (cas rare) par M. Am. Mordret, docteur en médecine, chirurgien attaché à l'hôpital militaire de Château d'Oléron.

(Revue médicale, août 1851.)

Difficulté de diagnostic. — Ponction de la vessie. — Mort. — Autopsie.

Le 29 novembre 1847, M. Soulé, mon collègue et moi, nous fûmes appelés par M. le docteur Lafargue, exerçant à Dolus (île d'Oléron) près le nommé Collet, menuisier, atteint depuis longtemps d'une affection des voies urinaires. M. Lafargue, qui le sondait presque chaque jour, n'avait pu la veille pénétrer dans la vessie, et dans ses tentatives il avait même faussé une sonde d'argent dont les parois étaient, il est vrai, très minces. M. Lafargue nous dit qu'il supposait que la sonde avait été arrêtée par un état variqueux de la portion prostatique de l'urètre.

1° État général. — Arrivés près du malade, nous trouvons un homme âgé de 38 ans, marié, d'un tempérament lymphatique. La constitution commence à se détériorer ; le facies exprime la douleur ; les pommettes colorées d'un rose assez vif donnent au malade l'aspect d'un phthisique. Les fonctions digestives sont en assez bon état. Il y a bien un peu de constipation, mais on peut l'attribuer à son séjour au lit qui date déjà de longtemps. La respiration s'entend bien partout. Le pouls est petit, misérable, déprimé ; il bat 110 pulsations. Le malade ne dort presque pas ; la nuit est agitée par des rêves fatigants.

2° État local. — La vessie, énormément distendue, fait saillie au-dessus du pubis, principalement à droite. Elle offre une apparence piriforme, est dure au toucher et donne à la percussion une matité complète. Le malade accuse un besoin pressant d'uriner, ainsi que d'aller à la selle. Ce double besoin augmente lorsqu'on appuie sur le ventre qui, du reste, n'est pas extrêmement sensible.

3° Antécédents. — De ce côté nos informations ne nous ont donné presque aucun résultat. Le malade a été soldat pendant quelque temps ; il a toujours mené une conduite régulière ; n'a jamais eu de maladies vénériennes. Depuis son enfance il éprouve de la difficulté pour uriner. On l'appelle dans le pays *pisse trois*

gouttes. Il est présumable que les accidents datent, chez lui, d'une chûte qu'il fit sur les pieds vers l'âge de 10 à 12 ans. Je n'ai pu du reste, à cet égard, me procurer de renseignements précis. Étant au service, on l'a traité longtemps pour l'affection qu'il offre en ce moment ; on le sondait souvent et on lui faisait prendre des médicaments dont il ignorait la composition. La maladie semblait alors s'amender un peu, mais elle récidivait bientôt après. Il nous a dit encore avoir toujours eu le ventre tendu.

L'indication la plus pressante nous paraît celle de vider la vessie. Le cathétérisme essayé par mon confrère Soulé, avec une sonde d'argent d'un moyen calibre fut infructueux. Il constata la présence de deux obstacles et s'arrêta au troisième. Plus heureux, je parvins dans la vessie sans efforts, après avoir vaincu par tâtonnement les mêmes obstacles ; ce qui me permit d'espérer qu'il n'y avait pas de fausses routes, comme je l'avais supposé en voyant faussée la sonde qui avait servi la veille à M. Lafargue, médecin ordinaire du malade, mais simplement des contractions spasmodiques du canal. Nous tirâmes environ 2 kil. 50 gram. d'un liquide rougeâtre, épais, trouble et contenant une grande quantité de pus et de flocons albumineux, donnant par l'acide nitrique ou par la chaleur un précipité abondant d'albumine et par l'acide chlorhidrique un précipité blanc strié, que nous crûmes être de la fibrine provenant du sang contenu dans le liquide.

Le diagnostic fut dès lors facile, nous avions sous les yeux une cystite chronique très intense. Le précipité albuminoïde fut attribué à la présence du sang dans les urines et éloigna la pensée d'une maladie de Brigt.

Après l'évacuation de l'urine le ventre s'assouplit légèrement, mais il conserva toujours la même forme, ce qui nous fit supposer que quelques flocons fibrineux ou albumineux, fermant les yeux de la sonde empêchaient la vessie de se vider complétement. En retirant cet instrument, nous le trouvâmes effectivement rempli de caillots. Le malade avait été soulagé, le pouls était resté dans le même état. — Nous prescrivîmes un grand bain à prendre aussitôt et deux heures après le cathétérisme fut essayé une seconde fois, dans l'espoir de vider la vessie encore énormément distendue. Après quelques tentatives inutiles pour introduire la sonde d'argent, je parvins sans grandes difficultés à faire entrer une sonde de gomme élastique sans mandrin. Une nouvelle quantité d'urine très fétide, mais plus abondante que la première, s'échappa. Bien qu'il y eût, à cause de l'inten-

sité de la cystite, contre-indication à laisser une sonde dans la vessie, je crus devoir céder aux instances de M. Lafargue qui, resté seul avec son malade, redoutait la nouvelle tentative de cathétérisme. Nous quittâmes le malade après être convenus qu'il prendrait des bains souvent répétés et aussi longtemps prolongés qu'il pourrait les supporter ; des boissons émollientes et des lavements de même nature ; pour nourriture, quelques bouillons seulement.

Le 4 décembre je fus rappelé près du malade qui allait plus mal. Comme il était survenu de la diarrhée, M. Larfargue avait administré l'avant-veille une potion contenant 10 gouttes de laudanum de Sydenham. Il me dit qu'il était survenu une affection de la muqueuse buccale et me fit part des craintes qu'il avait. Il croyait à une désorganisation complète de toutes les muqueuses.

Lorsque je vis le malade je ne trouvai pas qu'il fût beaucoup plus faible que la première fois. Le pouls marquait 90 ; le facies offrait toujours le même aspect ; l'abdomen était médiocrement tendu, bien que le malade n'eût pas uriné depuis la veille. Je crus devoir retirer la sonde qui était restée dans la vessie jusqu'alors ; elle était fermée par des caillots. La bouche offrait une stomatite érythémateuse générale avec sécrétion pultacée.

Je prescrivis des bains généraux matin et soir, aussi prolongés que possible ; deux pilules d'extrait gommeux d'opium chaque soir, deux quarts de lavements émollients avec la décoction de têtes de pavôts chaque jour ; des embrocations avec un liniment camphré et opiacé (camph. 8 grammes, laudanum de Syden., 8 grammes, huile 60 grammes)., également deux fois par jour ; puis je recommandai de maintenir toujours des fomentations émollientes et opiacées sur le ventre. Contre la stomatite, je prescrivis des gargarismes émollients opiacés. Je permis un peu de bouillon gras, de riz au lait, de crême de riz. etc., selon le désir du malade ; pour boisson, la tisane qu'il aimerait le mieux.

Le 8 décembre, M. Lafargue me fit dire que le malade était beaucoup plus mal. Je le trouvai à peu près dans le même état, le pouls était aussi le même. Je ne pus parvenir à le sonder, et comme je soupçonnais de graves désordres dans le canal de l'urêtre je n'insistai pas beaucoup.

La vessie semblait toujours extrêmement distendue, et le malade éprouvait un pressant besoin d'uriner, bien qu'à plusieurs reprises il eût rendu un peu d'urine par rengorgement depuis ma dernière visite. Comme moyen extrême, je proposai la ponction

de la vessie. N'ayant pas de trois-quarts, et désirant d'ailleurs m'étayer de l'avis de mes collègues, elle fut remise au lendemain. Mêmes prescriptions qu'à ma dernière visite. La bouche offre le même état; gargarisme avec acide hydrochlorique, 4 grammes ; mellite de roses, 100 grammes ; eau de plantin, 250 gram. Le malade avale difficilement ; la diarrhée a cessé ; insomnie.

Le lendemain 9 décembre, à onze heures du matin, je me rendis près du malade, accompagné de mes collègues MM. Soulé et Sagne. La veille au soir M. Lafargue, dans le but de procurer quelque soulagement, avait pratiqué le cathétérisme et avait, après de grands efforts, réussi à pénétrer dans la vessie. Le liquide retiré était abondant et purulent. L'état général était presque le même, le malade accusait pourtant des souffrances un peu moins vives. Il n'était vraiment plus permis de recourir au cathétérisme ; il offrait trop de difficulté et était trop douloureux pour le malade.

D'un aute côté, il fallait à tout prix évacuer la vessie; nous craignions à chaque instant la gangrène. Notre avis fut unanime sur ce point, et je procédai dès lors à la ponction.

Un trois-quarts de moyenne grosseur (le plus gros que j'eusse à ma disposition, fut introduit au-dessus de la symphise pubienne, entre les deux muscles pyramidaux. Lorsque je retirai le trocart de sa canule, il ne s'écoula aucun liquide, ce qui me fit penser et craindre de n'être pas dans la vessie ; mais ayant légèrement éloigné la canule, il en sortit un petit flot de pus sanguinolent. Alors je la retirai légèrement, croyant favoriser ainsi l'issue du liquide, mais rien ne sortit plus. Voyant la fausseté de ma manœuvre, je l'introduisis plus profondément et il sortit un nouveau flot de liquide semblable au premier. Dès lors nous crûmes à l'existence d'une vessie à colonne, et notre erreur fut encore augmentée par la résistance que nous éprouvions chaque fois que nous introduisions un sylet mousse dans la canule ; il tombait dans une cavité beaucoup trop petite pour constituer à elle seule toute la vessie. Notre intention était d'élargir l'ouverture à l'aide d'une sonde cannelée et de placer une sonde à demeure afin d'évacuer la vessie chaque fois qu'il en serait besoin et d'y faire quelques injections émollientes. Mais nous renonçâmes à ce projet vu le résultat obtenu par la simple ponction.

Dès lors, nous désespérâmes entièrement de sauver notre malade, et afin de ne pas trop lui laisser entrevoir sa position, nous crûmes devoir laisser la canule dans la vessie. Continuation des mêmes moyens palliatifs que précédemment. Le malade

mourut le lendemain matin, à 7 heures, après s'être plaint de coliques toute la nuit.

La famille ayant permis l'autopsie, je me suis, à trois heures du soir, rendu sur les lieux, accompagné de MM. Sagne et Girard, mes camarades et collègues, M. Lafargue s'étant joint à nous, M. Girard et moi avons procédé à l'autopsie.

Rigidité cadavérique, — odeur de putréfaction très prononcée, — l'abdomen ouvert par une incision cruciale, nous offre des adhérences très fortes au-dessus de l'ombilic, la vessie montait à trois travers de doigts au-dessus et se présentait sous la forme d'un corps piriforme dur. Du côté droit se trouvait une petite tumeur assez dure ; du côté gauche se trouvait une seconde tumeur un peu plus grosse et un peu plus molle ; en arrière une énorme poche que nous décrirons plus loin. Le péritoine était très épaissi et arborisé dans toute l'étendue qui recouvrait la vessie. Toute cette pièce a été enlevée ainsi que le canal de l'urètre pour être étudiés séparément. Les vésicules séminales et la prostate n'ont pu être conservées en totalité, parce que nous n'avions pas les instruments nécessaires pour faire la section du pubis, ce qui a rendu la dissection très difficile.

La vessie se présente sous forme d'une tumeur ovoïde, grosse comme un petit œuf d'autruche. Le péritoine très adhérent et très épaissi a été séparé avec difficulté. La tunique fibreuse, considérablement hypertrophiée, offre une épaisseur moyenne d'un centimètre et demi ; la surface intérieure offre des détritus de la membrane muqueuse complétement détruite presque partout et considérablement ramollie et épaissie dans les endroits où elle existe encore. La membrane fibreuse offre des colonnes de l'épaisseur d'un petit tuyau de plume et qui ressemblent beaucoup aux colonnes charnues du ventricule gauche du cœur. Le bas fond de la vessie et le trigone vésical participent de l'altération générale et pourtant ne semblent pas aussi dépourvus de la muqueuse que le reste de la surface interne. Les uretères sont un peu plus épaissis et un peu plus durs qu'à l'état normal, dans la portion qui avoisine la vessie. Le vérumontanum est très saillant.

A la jonction de la partie postérieure avec la partie inférieure et sur la ligne médiane se trouve une ouverture qui peut recevoir l'extrémité du petit doigt. Elle est très élastique et offre tous les caractères d'un véritable sphincter. Les fibres de la tunique fibreuse convergent d'une manière très évidente vers le centre de cette ouverture qui fait communiquer la vessie avec une vaste poche d'une capacité de deux litres environ.

Sur les parties latérales et en bas, se trouvent symétriquement placées de chaque côté deux autres ouvertures en tout semblables à celles que nous venons de décrire, mais beaucoup plus petites et pouvant seulement donner passage à un tuyau de plume de moyenne grosseur. Les deux poches dans lesquelles elles s'ouvrent sont de la capacité d'un œuf ordinaire. La poche gauche est un peu plus grande que la poche droite.

L'organisation de ces trois poches est la même ; elles étaient remplies par un liquide très fétide, exalant l'odeur de gangrène, et qui était un mélange de pus, d'urine et de sang. Les deux poches latérales ne présentaient pas d'ulcérations, mais la postérieure, qui appuyait directement sur la colonne vertébrale et sur le rectum, dont elle n'était séparée que par le péritoine considérablement épaissi et injecté en cet endroit, offre sur la ligne médiane et à la réunion de la partie postérieure avec la partie inférieure, leurs larges perforations superposées. La plus petite, qui était la supérieure, était large comme une pièce de cinq francs. Le pont qui séparait ces deux perforations avait deux centimètres de diamètre. Toutes deux s'ouvraient dans la cavité abdominale que nous avons trouvée remplie, jusqu'au niveau de l'angle sacrovertébral, du même liquide que celui que contenaient les poches. La masse intestinale était renfoncée en haut et séparée du liquide par un feuillet très épais et très enflammé du péritoine. Les bords de ces ulcérations étaient frangés et considérablement amincis. Le péritoine adhérait fortement à cette poche, surtout au niveau du rectum dont il n'a pu être séparé sans la plus grande difficulté. Les parois de cette poche offraient une épaisseur moyenne d'un millimètre et demi. La texture nous a semblé formée par une membrane muqueuse intérieure, en grande partie détruite par le travail de ramollissement, et par une tunique fibreuse assez épaisse, plus un feuillet séreux appartenant au péritoine. Un grand nombre d'ulcérations de plusieurs millimètres de diamètre se voyaient à la surface interne ; elles avaient déjà envahi une portion de la tunique fibreuse ; mais il n'existait que les deux larges perforations que nous avons déjà décrites.

La partie prostatique du canal de l'urètre offrait également de grands désordres, suite des manœuvres nécessitées par le cathétérisme. La muqueuse décollée en plusieurs endroits formait des ponts sous lesquels s'engageait la sonde, ce qui avait fait supposer des rétrécissements qui n'existaient réellement pas. Une de ces fausses routes plus considérable que les autres et qui semblait d'assez vieille date se rendait jusque dans la

vésicule séminale gauche considérablement hypertrophiée.

Cette observation offre à la discussion deux points également importants. Le premier est pratique, le second est purement didactique.

1° Était-il possible de diagnostiquer la nature de l'altération dont la vessie était le siége, par la simple observation des symptômes offerts pendant la vie du malade ? La ponction de la vessie était-elle suffisamment autorisée ?

2° Quelle est la nature des trois poches constatées à l'autopsie ? Sont-ce trois vessies ? Sont-ce trois abcès ? L'une et l'autre hypothèse sont-elles également admissibles et susceptibles de soutenir la discussion ?

1° Les symptômes sont évidemment ceux d'une cystite chronique. La distension apparente de la vessie devait faire croire à une rétention d'urine, hypothèse en partie confirmée, puisque le cathétérisme permit l'évacuation de près de trois kilog. de liquide. La difficulté que mes collègues et moi éprouvâmes pour introduire une sonde dans la vessie, la rétention d'urine qui existait, nous autorisaient à supposer dans le canal des rétrécissements.

Le malade ayant été, il est vrai, sondé très souvent et par un grand nombre de personnes, nous crûmes bien à des fausses routes ; mais ces fausses routes n'expliquaient pas la rétention d'urine ; l'autopsie seule pouvait complétement nous éclairer. Il faut dire que lorsque, après l'évacuation du liquide contenu dans la vessie, nous vîmes que le ventre n'avait pas beaucoup diminué, qu'il était seulement devenu plus souple, nous dûmes supposer qu'il restait encore de l'urine dans la vessie et que son évacuation était empêchée par autre chose qu'un rétrécissement. C'est alors que nous supposâmes que les yeux de la sonde se trouvaient fermés, soit par des caillots de sang, soit par des bouchons fibrineux.

La nature du liquide autorisait d'ailleurs cette idée et nous étions en droit d'admettre qu'un obstacle du même genre pouvait s'opposer d'une manière permanente à l'émission de l'urine. Tout cela embarrassait considérablement le diagnostic, dénotait une altération multiple, mais n'offrait rien d'assez tranché pour qu'il fût possible de se prononcer d'une manière très affirmative.

Ce qu'il y avait de bien certain, laissant de côté la question des rétrécissements ou des fausses routes devenues très secondaires, c'est que nous avions à faire à une cystite chronique intense. Le ventre restant constamment gros et tendu nous étions parfaitement autorisés à croire qu'il contenait une grande quantité

de liquide ; liquide auquel il était urgent de donner issue, car nos convictions nous portaient à croire qu'une rupture de la vessie était imminente. Rien ne nous autorisait alors à penser qu'elle s'était effectuée depuis longtemps par un travail d'ulcération. La palpation nous permettait, il est vrai, de constater dans le ventre une tumeur ovoïde, obliquement dirigée, mais il était parfaitement impossible d'en déterminer la nature, et ce fait compliquait le diagnostic sans l'éclairer.

Dans cet état de choses il restait toujours à remplir une indication pressante; vider la vessie pour éviter une gangrène d'abord et une rupture ensuite. Outre que nous n'étions pas certains de réussir constamment à sonder le malade, le cathétérisme était par lui-même très imprudent ; car il irritait d'une manière incessante le bas fond de la vessie que nous devions croire plus malade que toute autre partie. Enfin il était très urgent de pouvoir à discrétion pénétrer dans la vessie, tant pour donner issue aux liquides contenus que pour faire au besoin des injections, soit émollientes d'abord, soit astringentes plus tard. Ce fut alors que je proposai la ponction sus-pubienne. — La ponction fut acceptée sans discussion, mais M. Lafargue voulait qu'on pratiquât la ponction périnéale ; je n'eus pas de peine à faire prévaloir mon opinion.

Je ne reviens pas sur les détails de l'opération que je crois avoir suffisamment indiqués ; je rappellerai seulement quel en fut résultat. Chaque fois que j'imprimais une direction différente à la canule, j'obtenais l'évacuation d'un petit filet de liquide et je crus à une vessie à colonne ; l'autopsie devait bientôt me démontrer que je m'étais trompé de moitié. J'avais effectivement affaire à trois vessies supplémentaires, qui, par des ouvertures d'un diamètre différent, versaient dans la vessie le liquide qu'elles contenaient ; et comme la plus vaste de ces trois poches s'ouvrait largement dans l'abdomen par deux énormes perforations, le liquide s'étendait de préférence dans la cavité abdominale, et de plus, le malade étant couché sur le dos, il s'y trouvait entraîné par son propre poids. Aussi une très petite portion seulement s'écoulait-elle par la canule. — La simple ponction n'avait pas permis de porter un diagnostic exact, mais elle l'avait suffisamment éclairé, pour qu'il fût démontré inutile de continuer l'opération.

Il est bien évident que cette ponction n'eut aucune influence sur la terminaison de la maladie. Dans aucune circontance elle ne pouvait être nuisible ; elle eût pu devenir très utile si la nature de la maladie n'eût pas été tout à fait au-dessus des ressour-

ces de l'art. — Étudions maintenant la pièce pathologique.

2° Il est assez difficile de dire quelle est nature des trois poches supplémentaires de la vessie. Nous croyons que ce sont purement et simplement des abcès ; mais il est aussi très possible de soutenir une autre opinion. En effet, si on se rapporte aux accidents, on verra que la maladie date de l'enfance : Collet avait toujours eu le ventre gros et tendu. *A priori* il semble assez étonnant que des abcès aient mis à se développer une période de plus de 20 ans, et, contrairement à toutes les idées théoriques reçues, sur la formation et la terminaison des abcès, soient restés tout ce temps sans se faire jour à l'intérieur. D'un autre côté, la régularité de ces trois poches, leur position parfaitement symétrique, car leurs ouvertures dans la vessie formaient les trois sommets d'un triangle équilatéral, sont une chose tout à fait neuve dans l'histoire des productions pathologiques, qui ordinairement n'affectent ni cette régularité ni cette symétrie. L'étude de la structure intime de ces poches aura encore pour premier résultat, de nous éloigner de notre conviction que ces poches sont de simples abcès ; car leur structure est la même que celle de la vessie ; c'est-à-dire qu'elles offrent de dehors en dedans : 1° une membrane séreuse qui est un feuillet du péritoine et se continue sans interruption avec la séreuse de la véritable vessie ; — 2° une tuniqne fibreuse d'un millimètre d'épaisseur environ ; — 3° enfin une membrane lisse, glabre, difficile à séparer et tapissant la surface interne, qui offre tous les caractères d'une muqueuse.

La régularité des ouvertures de communication avec la vessie principale, que nous avons dit ressembler à des sphincters, pourrait encore être invoquée contre l'opinion que nous défendons. Car une telle organisation est quelque chose que nous n'avons pas encore trouvé signalé, dans la structure des ouvertures qui font communiquer les cavités pathologiques avec les cavité normales. On trouve bien des trajets fistuleux, mais non pas des trajets contractiles.

Tel est l'exposé très sommaire des arguments au moyen desquels on peut chercher à démontrer que ces trois poches ne sont pas des abcès, mais bien des vessies surnuméraires. Une étude plus approfondie de ces mêmes motifs nous a fait adopter l'opinion contraire.

Pour arriver à ce résultat, il faut partir d'un fait ; l'hypertrophie considérable dont la vessie est le siége, hypertrophie concentrique, car à mesure que les parois de cette vessie s'étaient épaissies jusqu'à offrir une moyenne d'un centimètre et demi,

sa capacité s'était singulièrement réduite ; de sorte que les fibres de la tunique fibreuse s'étaient non seulement hypertrophiées jusqu'à offrir, quelques-unes le volume d'un petit tuyau de plume ; mais semblaient encore s'être en même temps contractées dans le sens de leur longueur, ce qui contribuait à augmenter leur volume et à diminuer la capacité de la vessie, qui n'offrait plus une capacité assez grande pour contenir toute l'urine que les uretères y versaient. On conçoit également que la contractilité normale de la vessie était d'autant plus diminuée que les tuniques de cette vessie étaient elles-mêmes le siége d'une contraction pathologique plus intense et d'une hypertrophie plus considérable. De là ce premier résultat que l'urine séjournait fort longtemps dans la vessie, laquelle devait être presque constamment distendue. De là ce deuxième résultat, qu'une infiltration urinaire peut se faire par simple pression dans plusieurs points de l'épaisseur des parois vésicales, préalablement ramollies et hypertrophiées par un travail morbide. L'urine épanchée devenait dès lors le point de départ d'un abcès dont l'étendue augmentait chaque jour un peu, tant par le travail pyogénique lui-même, que par la présence d'une nouvelle quantité d'urine qui pénétrait dans le foyer. Dès lors le ventre se gonfla de plus en plus et offrit cette bosselure au milieu d'un empâtement général, que la palpation faite avec beaucoup de soin permettait de reconnaître. Cette manière d'expliquer les choses ne rend pas compte de la position symétrique des trois ouvertures, mais elle rend compte de la différence de capacité des poches dans lesquelles elles conduisaient, car dès lors on comprend très bien que les trois abcès ont pu se former à une période très éloignée l'une de l'autre.

Si, au contraire, on admet les vessies surnuménaires, elles sont congénitales. Dès lors il faudra se poser cette autre question : pourquoi les deux vessies latérales ne sont-t-elles pas du même volume? objection qu'on ne peut résoudre que par l'hypothèse d'un arrêt de développement. Maintenant si on considère que les trois poches sont creusées dans l'épaisseur même des parois de la vessie, par cela seul, on sera évidemment porté à croire que ce sont de simples abcès, car des vessies surnuménaires eussent été tout à fait indépendantes et eussent été unies à la vessie-mère par des conduits et non par une simple ouverture. De plus, on conçoit assez difficilement l'existence d'une vessie qui n'offre point les ouvertures des uretères. Il est probable que chacune de ces trois vessies congéniales eût reçu soit un de ces canaux, qui alors eussent été plus nombreux qu'à l'état normal, soit une ramification, et alors ils eussent été bifurqués, nouvelle anoma-

lie. Or, rien de tout cela n'existait. Les uretères au nombre de deux se rendaient dans la vessie médiane et n'offraient d'ailleurs aucune trace d'altération. La structure même des ouvertures des poches avec la vessie, étudiée avec soin, semble démontrer qu'elles sont faites de dedans en dehors, car elles offrent une sorte d'entonnoir dirigé dans ce sens. Quant à la muqueuse qui tapisse intérieurement les poches, sa présence peut s'expliquer de deux manières. Très probablement ce n'était qu'une simple membrane pyogénique, et on sait que quand elles sont très vieilles et par suite très organisées, elles imitent parfaitement les muqueuses. Cela pouvait être encore un prolongement de la véritable muqueuse vésicale. La membrane séreuse, n'étant autre que le péritoine lui-même, ne donne lieu à aucune observation. Quant à la membrane intermédiaire, il faut bien admettre que c'était une expansion de la tunique moyenne de la vessie ; expansion qui était également le siége d'une hypertrophie, mais non plus d'une hypertrophie concentrique. Ajoutons enfin que, dans le cas où on admettrait l'existence de trois vessies supplémentaires congéniales, on serait réduit à des hypothèses très bizarres et dénuées de toute autorité, pour expliquer pourquoi la vessie médiane seule était le siége d'une hypertrophie très considérable.

Tels sont, en résumé, les arguments qui motivent notre opinion sur la nature de cette pièce pathologique. Nous n'avons pas la prétention d'avoir tout dit, d'avoir aperçu tout ce qu'elle peut offrir d'intéressant ; mais nous pensons avoir suffisamment justifié notre manière de voir, et avoir donné à ceux de nos confrères qui voudraient étudier cette question, assez de documents pour la résoudre. — La pièce pathologique a été conservée.

---

23. *Des coliques néphrétiques et de la gravelle* ; par le docteur Louis de Crozant, médecin-inspecteur des eaux de Pougues.

Suite et fin : *voir* t. X, octobre 1851, p. 148.

(L'Union médicale, Nos 88 et 89 ; 26 et 29 juillet 1851.)

J'ai dit que, d'après les relevés statistiques faits en Angleterre, la moitié des malades atteints de gravelle avait moins de quatorze ans, tous enfants de la classe pauvre, mal nourris, mal vêtus. En France, la gravelle est beaucoup plus rare que dans les contrées que je viens d'indiquer, précisément parce que ces affections catarrhales y sont fort peu communes. Depuis six ans que je suis médecin des eaux de Pougues, et depuis cinq ans que je fais de la médecine de campagne, je n'ai encore vu que deux paysans

atteints de catarrhe vésical. Quand l'homme des champs a une tendance aux affections catarrhales, ce sont toujours les bronches qui en sont le siége. On a beaucoup parlé de la communauté qui existe entre la goutte et la gravelle, qu'on appelait autrefois les cousines germaines, et l'on a voulu qu'elles fussent toutes deux l'expression de la diathèse urique. Ces deux maladies ont, en effet, de grands points de rapprochement ; mais je crois qu'ils ont été mal appréciés, et qu'on en a tiré de très fausses conséquences. On a été frappé d'une seule chose, de la présence de l'acide urique dans les produits séparés de nos liquides dans ces deux maladies ; et comme ces deux maladies coexistent fréquemment chez le même individu, ou se transmettent l'une l'autre héréditairement, on a argué de ce fait en faveur de la diathèse urique comme cause de la gravelle et de la goutte.

Nous avons démontré, je crois, que la diathèse urique ne peut expliquer aucun des phénomènes que présente l'histoire de la gravelle ; je crois qu'elle n'a pas plus de valeur comme cause essentielle de la goutte. Certainement, l'acide urique joue un rôle dans la goutte, mais un rôle secondaire, et les preuves qu'on donne de son excès dans l'économie, sont loin de pouvoir modifier notre opinion.

Avant de discuter ces preuves, il est utile de dire un mot de la goutte, et de ce qu'on doit entendre par ce mot. Dans ces derniers temps, on a beaucoup discuté sur la goutte et le rhumatisme, et il a été impossible de résoudre la question qui fait le fond de la discussion.

Ces deux maladies forment-elles deux espèces distinctes ou ne sont-elles que deux expressions symptomatiques différentes d'un même état morbide ? Cette discussion intéressante n'a rien produit et ne pouvait rien produire, parce qu'on s'est placé sur deux terrains différents ; les adversaires n'ont pas pu se toucher ; l'un établissait les rapports généraux qui existent entre ces deux affections ; l'autre prouvait qu'un accès de goutte ne ressemble en rien à un accès de rhumatisme, et ceux qui ont soutenu cette dernière thèse ont semblé avoir les honneurs de la lutte, quoique leurs raisons fussent meilleures en apparence qu'en réalité. M. Pidoux avait cependant nettement précisé et discuté cette question dans un article publié récemment dans l'*Union médicale*. Il posait en principe deux propositions qu'on ne saurait trop méditer, parce que, outre qu'elles sont le résultat d'une bonne observation, elles peuvent donner la clé d'une foule de difficultés pathologiques ou thérapeutiques :

1° La goutte n'est autre chose qu'un rhumatisme modifié dans

ses manifestations par certaines dispositions inhérentes à l'individu atteint de rhumatisme. Pour avoir la goutte, il faut être nécessairement rhumatisant, la goutte étant, si je puis dire, une manière d'être du rhumatisme.

2° Le rhumatisme doit être considéré comme une affection catarrhale des tissus blancs.

Je me borne à rapporter ces deux propositions qui résument l'idée de M. Pidoux sur la goutte et le rhumatisme ; elles suffisent pour nous faire bien saisir le véritable rapport qui existe entre la goutte et la gravelle. Dans le deuxième cas, nous avons une affection catarrhale qui est la cause première essentielle de la maladie, et à laquelle doivent être subordonnés tous les accidents qui peuvent survenir : catarrhe de la muqueuse des voies urinaires dans un cas, catarrhe de la membrane interne des vaisseaux dans l'autre.

Quelle est maintenant la condition spéciale qui fait qu'un dépôt solide vient, dans les deux cas, compliquer la maladie, en modifier les manifestations, et produire et un accès de gravelle, et un accès de goutte? Cette condition n'a pas été précisée, je ne sais pourquoi, par M. Pidoux dans son excellent travail; elle est liée à la nature de la sécrétion muqueuse et à la propension de l'acide urique à se séparer des liquides qui le tiennent en solution, lui, ou les éléments qui le constituent.

Les différences qui existent dans les propriétés physiques du flux catarrhal sont un fait que la science n'explique pas, mais que l'observation constate chaque jour. Les mucosités sont quelquefois gluantes, adhérentes à la membrane qui les sécrète, ou aux parois du vase dans lequel on les reçoit. On désigne cet état sous le nom de viscosité et on le constate ordinairement dans l'asthme, la pneumonie ; chez les enfants, il est habituel dans les bronches, il dispose à l'oppression en rendant l'obstacle au passage de l'air plus tenace et plus complet. Dans le rein et les uretères, il favorise le dépôt des parties solides que contient l'urine. Dans les vaisseaux capillaires, il cause, par le même mécanisme, la stase du sang et la séparation de l'urate de soude.

Cette viscosité des matières catarrhales joue un grand rôle dans la production de la gravelle des enfants; elle en est, je crois, la cause unique. On sait quelle tendance les sécrétions catarrhales, chez l'enfant, ont à se durcir, à adhérer aux membranes muqueuses avec une telle force, que dans les affections des bronches et du larynx, par exemple, les expectorants les plus énergiques sont le seul moyen de salut. Cela explique parfaitement pourquoi la gravelle est si commune chez les enfants.

Chez l'adulte, dans la gravelle et dans la goutte, la disposition plastique de la matière catarrhale joue un rôle moins exclusif ; mais je l'ai dit, essentiel. C'est elle qui est la cause première de la maladie et des accidents qu'elle engendre. Il suffit de tirer du sang à un goutteux pour s'assurer de la présence de cette matière. Ce sang est poisseux, adhérent aux doigts, quelle que soit d'ailleurs la proportion du sérum. Les anciens avaient bien fait cette remarque depuis Hippocrate, qui dit que les goutteux sont chargés d'humeurs tenaces et qu'ils ne peuvent être délivrés que par un flux dyssentérique ou hémorrhoïdal, jusqu'à Baillou et Bordeu, qui pensaient que la cause matérielle de la goutte est un suc muqueux très abondant dans le sang. Enfin, pour ne pas laisser à notre savant maître, M. Pidoux, tout le poids de son opinion sur l'unité spécifique de la goutte et du rhumatisme, ce dernier (Bordeu, *œuvres complètes*, p. 902) dit que la goutte attaque les jeunes voluptueux qui sont d'un tempérament sanguin et bilieux, et sujets à des *douleurs rhumatismales*.

Chez l'adulte, la matière catarrhale, par son abondance et sa viscosité, n'est pas la seule cause du dépôt pierreux qui se forme. Il faut aussi tenir compte du rôle que jouent l'acide urique et ses composés. L'acide urique, comme l'urée, est un produit de la transformation des matières animales dans le sein de l'économie; ce produit est destiné à être éliminé. Il sera d'autant plus abondant, que la nature aura plus d'intérêt à en débarrasser notre corps. Si la première partie de la vie est consacrée à la réparation, pendant la seconde partie, au contraire, la nature tend à appauvrir graduellement l'économie en la dépouillant de plus en plus des principes organiques, et comme les sécrétions ordinaires ne suffisent plus à ce travail rendu plus nécessaire par l'inaction, les soins exagérés pour éviter le froid, la peine, etc., la nature provoque une sécrétion plus abondante des matières animales sous forme d'urée, d'acide urique, d'albumine, etc., etc. C'est une loi générale qui s'applique à tous les individus qui ont atteint l'âge de quarante ans, et non pas une constitution spéciale à quelques individus. C'est un acte physiologique qu'on doit respecter, et non pas un état maladif qu'il faille combattre par des réactifs chimiques. La maladie existe lorsque sous l'influence de la sécrétion catarrhale les canaux sécréteurs du rein ou de la peau ne livreront plus passage à ces sécrétions que l'urine et les sueurs sont destinées à emporter. Ce qu'il faut combattre, ce n'est pas cette prétendue diathèse urique, cet acide urique qui n'est qu'une production excrémentitielle comme la bile, à laquelle il ne nous est jamais arrivé de demander compte des cal-

culs biliaires. Ce qu'il faut combattre, c'est la cause de stase du sang dans les vaisseaux capillaires ou de l'urine dans le rein, la cause de l'obstruction des canaux excréteurs de l'urine et de la sueur, c'est-à-dire l'affection catarrhale.

Tel est le rôle que, selon nous, l'acide urique joue dans la production de la gravelle et de la goutte, rôle essentiellement secondaire, en ce sens qu'il existe toujours dans les liquides de l'économie, et qu'il ne devient une cause de souffrance qu'autant que la maladie que nous avons signalée viendra entraver son excrétion.

Est-ce que les liquides contiennent chez tous les hommes une quantité égale d'acide urique? Non, évidemment; nous avons dit que le second âge de la vie favorisait la présence de ce produit excrémentitiel, qu'un individu qui répare beaucoup et qui dépense peu, comme l'habitant sédentaire des villes, devait en éliminer davantage; que certaines constitutions sont plus aptes que d'autres à la réparation, et doivent en produire davantage; mais que rien ne vienne arrêter ou gêner la sécrétion de l'urine, de la sueur, par conséquent des matières que ces liquides tiennent en dissolution, et ces gens-là n'auront ni la gravelle, ni la goutte; ils rendront l'acide urique par les urines, comme par la transpiration, plus que d'autres probablement, mais, comme elles, sans souffrance, sans maladie.

Il me semble que ces propositions sont assez en harmonie avec l'étude des faits que nous avons successivement examinés, que les preuves que nous avons présentées sont assez nombreuses, assez positives, pour nous dispenser de discuter la valeur des raisons qu'on a avancées à l'appui des hypothèses empruntées à la chimie, d'autant que de toutes aucune ne paraît vraiment sérieuse; mais nous devons au moins les exposer rapidement à cause des personnes qui les ont acceptées ou développées. M. le docteur Petit, par exemple, justifie son opinion par les motifs suivants :

« 1° Une preuve que c'est un principe acide qui est la cause « déterminante de la goutte.... c'est que pendant la sorte d'incu- « bation qui précède les accès, on voit souvent des goutteux se « plaindre d'une ardeur brûlante à l'estomac, allant quelquefois « jusqu'à des éructations acides. » (Page 329.)

Je ne comprends pas qu'un médecin, habitué à voir beaucoup de goutteux, tire de ce fait une pareille conclusion. Tous les goutteux souffrent de l'estomac; ils sont presque tous atteints de dyspepsie; et, en cela, ils sont comme les asthmatiques, les graveleux, etc. La dyspepsie à forme catarrhale, que signale

M. Petit, la gastrorrhée, dont l'existence est tout naturellement expliquée par les idées que nous avons émises, n'est pas la plus commune chez les goutteux : c'est la dyspepsie flatulente ; il en est de même chez les asthmatiques, comme symptôme précurseur de l'attaque ; le ventre est aussi quelquefois malade ; et s'il y a un flux considérable, l'attaque n'a pas lieu. Je ne pense pas, du reste, que M. Petit ait eu l'intention de rapporter à l'acide urique les acidités de l'estomac, qui ne sont provoquées que par les aliments les moins animalisés.....

« 2° Cette affection est surtout commune dans les pays froids « et humides, là où la transpiration se fait très mal, tandis qu'on « l'observe rarement dans les climats chauds. »

Mais M. Petit n'a plus qu'à prononcer le mot refroidissement, puis rhumatisme qui en est la conséquence, et nous serons du même avis. C'est précisément là qu'est pour nous la maladie : arrêt de la transpiration par suite de l'affection catarrhale ou rhumatismale, comme vous voudrez l'appeler.

« 3° La goutte, comme la gravelle, est ordinairement l'apa- « nage des riches, des grands mangeurs. » (Page 324.)

M. Petit vient de nous démontrer le contraire : à toutes les latitudes, il y a des riches et de grands mangeurs, et cependant la goutte est très rare dans les pays chauds, commune dans les contrées humides.

« 4° A la suite de leurs attaques, les goutteux ont quelquefois « des sueurs critiques ; M. Henry a analysé une certaine quantité « de cette matière, et l'a trouvée composée de quatre parties de « matières albumineuses, et d'une partie de matières pierreu- « ses (sels de chaux, de soude, et traces sensibles d'urate de « soude). »

Cela ne peut prouver qu'une chose : c'est que l'opinion que je défends est quelquefois plus vraie que celle que je combats.

« 5° On a trouvé de l'acide urique dans les concrétions qui se forment autour des petites articulations des goutteux. »

Quoi de plus naturel? On y a trouvé aussi des sels de chaux, de potasse, des chlorures, etc., toutes les matières qui peuvent se séparer du sang à l'état solide, sous l'influence des matières muqueuses, albumineuses, qui forment la base essentielle de ces petites concrétions. Mais une chose étrange, et que les chimistes expliqueront, c'est que dans le corps de ce goutteux saturé d'acide urique, dominé par la diathèse acide, cet acide ne se précipite jamais que sous la forme d'urate de soude, tandis que dans l'urine il se cristallise à l'éclat de pureté ; et pour Proust, c'était la preuve de l'existence de la diathèse acide. Nous avons vu que,

pour expliquer le dépôt de l'acide urique, il disait : « à l'état d'urate, l'acide urique est soluble et passe avec les urines ; mais quand la diathèse acide existe, l'acide urique, qui est très peu stable, est dépossédé de sa base par l'acide libre qui se trouve alors dans l'urine ; et comme il est très peu soluble, il se précipite immédiatement. » Cette explication avait été inventée à une époque où il n'était pas encore fait grand bruit de l'acidité de ces malheureux goutteux, et je laisserai aux chimistes qui font de la médecine, le soin de s'expliquer à eux-mêmes aujourd'hui, pourquoi, dans cet état urique spécial, l'acide urique exige dans l'urine la présence d'un acide pour se précipiter, tandis qu'autour des articulations, il lui faut un alcali.

« 6° L'urine des goutteux est très acide ; elle dépose un sé-« diment briqueté évidemment composé d'acide urique. » (Pâtissier, rapport à l'Académie.)

Cela est vrai, suivant le moment de l'observation. Au début d'une attaque de goutte, l'urine ne présente d'autre modification que d'être limpide et claire, de contenir très peu de sels, et d'être plutôt moins acide que plus. A la fin de l'attaque, au contraire, les urines sont bourbeuses, très acides, parce qu'elles contiennent énormément d'acide urique. Cela est très vrai ; mais nous l'avons dit et nous le répétons, cette observation n'est pas spéciale à la goutte ; la même chose identiquement se passe dans presque toutes les maladies intermittentes dans leur manifestation : l'asthme, l'hystérie, la gravelle, la fièvre. Dans cette circonstance, la présence du sédiment urique ne peut rien prouver, quant à la nature de la goutte, puisqu'il est un symptôme constant des maladies intermittentes en général ; en dehors de ce mouvement, l'urine du goutteux est, comme celle de tout le monde, ni plus ni moins acide.

« 7° Les goutteux sont souvent atteints de gravelle. On voit « souvent des parents goutteux donner naissance à des enfants « graveleux, et alternativement des parents graveleux donner « le jour à des enfants qui deviennent goutteux. » (Page 523, *loc. cit.*)

La succession de ces deux maladies est vraie aussi bien chez le même individu qu'entre les parents ; mais il y a une troisième maladie qui a un droit de succession tout aussi juste, tout aussi reconnu ; c'est l'asthme. Je connais bien peu de personnes, atteintes de gravelle ou de goutte, qui n'aient eu des accès d'asthme ou qui n'aient des parents asthmatiques. Cette assertion ne sera certainement pas contredite par les médecins qui voient beaucoup de ces malades. Cette trinité morbide que l'observation

constate ne peut guère s'expliquer par la diathèse urique ; parfaitement, au contraire, par la nature catarrhale de ces maladies, surtout pour les médecins qui regardent l'asthme comme une variété du catarrhe. Dans ces trois cas, la sécrétion du mucus ayant lieu dans des tuyaux très étroits, il en résulte une obstruction dont les effets varieront suivant le siége du mal, mais dont le mécanisme sera exactement le même.

Quant à la conclusion de toutes ces preuves que nous avons discutées, c'est suivant M. Petit : « de boire de l'eau de Vichy « afin de neutraliser cet acide urique, ainsi que quelques au- « tres, notamment les acides phosphorique et sulfurique qui se « forment alors en excès. »

Qu'est-ce qu'un acide qui peut être neutralisé ? C'est un acide libre ou formant un sel acide. Dans quelles parties de l'économie trouve-t-on ces acides ? En matière aussi grave, il faut préciser. A part les liquides excrémentitiels, c'est-à-dire des liquides qui ne font plus partie de l'économie, je n'en vois aucun qui ait une réaction acide, dans lequel on puisse trouver des acides à neutraliser.

Le sang, qui est le liquide essentiel de l'économie, est alcalin, et on ne le saurait pas que vous nous le prouveriez en nous montrant que l'acide urique qui se trouve dans les concrétions des goutteux y est à l'état d'urate de soude. Je ne pourrai croire aux succès de cette médication alcaline que lorsque vous m'aurez indiqué le point de l'économie où votre alcali pourra rencontrer l'ennemi que vous lui donnez à combattre.

Je crois bien que l'eau de Vichy a guéri quelques goutteux, en a soulagé quelques autres, mais c'est à la médication alcaline que je ne crois pas. L'eau de Vichy a agi comme dépuratif et comme fondant (vieille expression qui choquera peut-être mais que je ne puis remplacer que par le mot anti-glaireux qui ne serait pas mieux reçu). Elle agit comme beaucoup d'autres remèdes, peut-être mieux, peut-être moins bien qu'eux ; en modifiant d'une part l'état général, en rendant aux organes l'aptitude fonctionnelle qu'ils semblent avoir perdue, aux tissus la tonicité qui leur manque, à la peau le pouvoir de réagir contre les causes morbides, d'autre part, en diminuant la viscosité des matières catarrhales, les rendant moins adhésives et par conséquent moins capables de gêner la circulation et de favoriser les dépôts salins. Ces deux modes d'action vont, du reste, être examinés à propos du traitement de la gravelle dont il nous reste à parler.

Les médecins chimistes admettent dans le traitement de la gravelle et de la goutte deux actions distinctes de la part des

eaux minérales : une action générale qui neutralise l'état acide de l'économie et une action dissolvante sur le produit de la maladie. Nous observons aussi dans les eaux minérales une action générale non plus bornée à un médicament alcalin agissant sur un élément acide insaisissable, mais commune à toutes les eaux minérales salines, sulfureuses, acides, gazeuses, etc., et bienfaisante pour toutes les parties malades.

Cette action fait que le rein, le foie, la rate, les intestins, la peau, sont légèrement stimulés de manière à fonctionner plus régulièrement et plus énergiquement, que les sécrétions arrêtées ou altérées reprennent leur abondance et leur composition ordinaire, et purifient le corps de matières dont elles auraient dû le débarrasser depuis longtemps, que l'estomac et les intestins, en fonctionnant mieux, rendent la réparation plus sûre et proportionnée aux nouvelles exigeances de l'économie, ainsi modifiée dans tous les détails de son organisation.

Cette action des eaux minérales est applicable à toutes les eaux comme à toutes les maladies. Outre cette action, nous en constatons une autre qui est spéciale et qui doit être étudiée à part pour chaque maladie. Dans la gravelle, cette action porte sur la matière sécrétée et sur la muqueuse qui la sécrète ; de là deux modes de guérison différents, que nous devons signaler.

Dans le premier cas, l'eau minérale détruit la viscosité du mucus, l'empêche de coller à la muqueuse et évite ainsi la cause matérielle des dépôts de gravelle, et agit à la manière des gommes résines. Si le mucus est ainsi modifié dès son apparition et balayé par le passage de l'urine, le malade ne verra plus de gravelle dans son urine et ne souffrira plus tant qu'il fera usage de l'eau minérale ; la maladie n'est pas guérie ; mais le malade ne souffre plus. Quelquefois cependant, le catarrhe n'est entretenu que par la présence des matières dont il est la cause première et disparaît en même temps qu'elles. J'ai eu plusieurs exemples de ce genre. Les malades une fois arrivés aux eaux ont vu cesser les douleurs de rein, diparaître le sable et les mucosités et n'ont plus souffert depuis. Chez d'autres, l'action de l'eau sur le mucus n'est pas aussi complète, le mucus continue à être sécrété et assez aboudamment pour opérer la précipitation de la gravelle, mais la résistance n'est pas de longue durée et le liquide emporte les mucosités et les gravelles sans que le malade souffre la moindre douleur. Pour ceux-là, l'action de l'eau est bornée au moment même, il faut qu'ils en boivent toujours pour éviter de souffrir. Ces deux nuances du même mode de guérison appartiennent aux eaux qui contiennent beaucoup de soude.

Le second mode est tout différent ; l'action, quoique sensible sur le produit de la sécrétion, se manifeste surtout sur l'organe, elle augmente peu à peu la sécrétion de l'urine et provoque au bout de quelques jours une véritable crise. Les urines sécrétées en abondance emportent les mucosités et le sable, et pendant un, deux ou trois jours elles sont chargées d'une énorme quantité de sédiment, absolument comme lorsque la nature se charge d'amener la crise qui doit guérir une attaque de gravelle, de goutte, d'asthme ou de fièvre. Seulement dans ce cas, l'agent provocateur de la crise a profondément modifié les parties malades, et la tendance qu'elles avaient à sécréter. Le mucus, en excès, disparaît pour un temps plus ou moins long. Dans ce cas, le médicament non-seulement détermine l'explusion des matières obstruantes, mais provoque une crise dont le résultat est de ramener les fonctions de la muqueuse des voies urinaires à l'état normal. C'est le mode d'action le plus commun des eaux de Pougues et on comprend pourquoi elles sont nuisibles pendant la période aiguë, au milieu d'une attaque néphrétique, alors que les eaux de Vichy sont employées avec avantage. C'est que les eaux de Pougues, diurétique puissant, ayant des propriétés excitantes marquées, agissent surtout sur la muqueuse. Les eaux de Vichy au contraire, médicament fondant, d'une nature un peu débilitante, agissent surtout sur le produit de la sécrétion muqueuse. Il en est probablement de même de la différence d'action que Bordeu dit exister entre les Eaux-Bonnes et celles de Bagnères.

Quel est celui de ces deux modes de guérison qui est préférable? Ils peuvent être aussi bons l'un que l'autre ; mais on me pardonnera de préférer celui dont par position j'obtiens le plus de guérisons, la médication diurétique excitante de l'eau de Pougues. Mais je ne voudrais pas faire d'une question pathologique intéressante, une affaire de rivalité d'établissement hydrominéral. C'est au praticien à examiner et à juger, je me contenterai d'exposer ma méthode de traitement qui m'a toujours réussi :

Pendant la crise, je couvre la région des reins de cataplasmes narcotiques. Ces cataplasmes agissent contre la douleur et modèrent la sécrétion des muqueuses qu'elles dessèchent quelquefois complétement. A l'intérieur, du calomel à doses fractionnées, et mieux si l'estomac le supporte, de l'émétique dans une potion opiacée. Les bains m'ont paru quelquefois soulager le malade, souvent augmenter ses souffrances. Pour boisson de l'eau de Vichy. A ce traitement spécial au catarrhe simple, il

faudra joindre tout ce que des indications particulières pourront commander. Si le catarrhe a un caractère inflammatoire marqué, des saignées, des sangsues; des évacuants, s'il y a un état saburral. Quand la crise est passée, je laisse reposer le malade quelques jours et je lui donne de l'eau de Pougues dont je fais continuer l'usage pendant trois semaines, un mois, et je suspends dès que se manifestent les premiers symptômes de la crise. A Vichy il paraît que les bains réussissent parfaitement et cela se conçoit, puisqu'ils augmentent la somme du médicament absorbé, le modificateur de la sécrétion catharrhale. Ils produisirent en outre, par leur action sur la peau, une excitation générale dont les effets ne peuvent être que salutaires. A Pougues, les bains sont loin de favoriser la cure, ils font fonctionner la peau outre mesure, surtout pendant les chaleurs de l'été, la sécrétion urinaire est diminuée en proportion de l'abondance des transpirations, et l'effet diurétique de ces eaux se trouve fort compromis. En outre, l'eau de Pougues prise en boisson, est un excitant général puissant, et il n'est point nécessaire de faire intervenir l'action, sur la peau, d'une eau chargée de sels.

Au printemps suivant, le malade doit suivre un traitement dépuratif, se purger, boire pendant quinze jours, trois semaines, des tisanes dépuratives : bardane, salsepareille, patience, etc., et il est bien rare que celui qui consent chaque année à prendre cette précaution, au mois de mars ou d'avril, avant le temps des affections catarrhales, ait à souffrir de la gravelle. Il rendra bien comme avant, des sels de toute espèce dans ses urines; acide urique ou autre; mais il n'aura pas la gravelle, c'est-à-dire qu'il ne souffrira pas des reins, du ventre, etc., il n'aura pas de coliques néphrétiques, et le sable, dans les conduits de la sécrétion urinaire, ne s'amassera pas pour former graviers et calculs.

Conclusions.

Les concrétions pierreuses qui constituent la gravelle et la goutte, sont le résultat d'un obstacle matériel au cours des liquides qui en tiennent les éléments en solution ou en suspension.

Ce mode de formation est le même, quelle que soit la composition des dépôts, quel que soit leur siége.

Cet obstacle est une matière albumino-muqueuse que sécrète la membrane interne du canal, réservoir ou vaisseau, dans lequel se trouve le gravier.

Quelqu'abondants que soient dans les liquides les matériaux

qui concourent à la formation des concrétions, ils ne se déposent point sans l'intervention de la matière catarrhale.

Tout catarrhe siégeant dans les parties les plus rétrécies des voies urinaires, produira nécessairement la gravelle.

Lorsque l'affection rhumatismale ou catarrhale gagnera les vaisseaux capillaires autour des petites articulations (là où la circulation est le plus entravée), et que le produit catarrhal aura un certain degré de viscosité, on verra se former des concrétions goutteuses.

L'abondance dans le sang ou l'urine, de l'acide urique et des sels qui composent ordinairement ces dépôts pierreux, est une prédisposition à la gravelle, à la goutte ; mais la cause essentielle de ces maladies est l'obstacle à l'excrétion de ces substances : le catarrhe.

La médication alcaline qui n'a d'autre appui que l'action chimique d'une base sur un acide libre inconnu, ou sur l'acide urique qui entre dans la composition des graviers, n'a aucune raison d'être.

Les eaux minérales alcalines et autres agissent : 1° en modifiant la sécrétion exagérée des membranes ; 2° en rendant les produits de cette sécrétion moins visqueux et moins propres par conséquent à favoriser la stase des liquides ; 3° en élevant l'énergie de toute l'économie et en la mettant en état de réaction contre les causes morbides dont nous sommes entourés.

X. Médecine légale et Toxicologie.

TOXICOLOGIE.

24. *Observation d'empoisonnement par la teinture de digitale*; par M. le docteur Oulmont, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine, etc.

(L'Union médicale, N° 112 ; 20 septembre 1851.)

La publication récente du remarquable rapport fait à l'Académie de médecine par M. Bouillaud sur l'action phisiologique et thérapeutique de la digitaline, donne un intérêt d'actualité à l'observation suivante. Sous quelques points de vue, elle confirme les résultats obtenus par MM. Homolle et Quevenne, et vient à l'appui de leurs opinions; mais elle a offert un certain nombre de particularités qui me paraissent d'autant plus intéressantes qu'elles n'ont été que rarement observées. Il est vrai que la digitale a été prise ici à dose toxique; mais l'étude des empoisonnements par les substances médicamenteuses ne doit être indifférente ni au physiologiste ni au médecin. Voici cette observation.

Obs. — Marie Greilsammer, âgée de 22 ans, domestique, fut apportée à l'Hôtel-Dieu le 4 janvier 1851, à huit heures du soir, et couchée dans la division de M. Louis, salle Saint-Landry, n° 19. Cette jeune fille est d'une bonne constitution.

Elle a été réglée à l'âge de quinze ans, et depuis ce temps les menstrues sont toujours revenues régulièrement. Jusque il y a quatre mois, elle a toujours eu une bonne santé. A cette époque elle fut prise, sans cause connue, de douleurs dans les extrémités inférieures, avec gonflement des pieds et difficulté dans la marche. Appelé à cette époque à lui donner des soins, je reconnus un rhumatisme subaigu qui fut combattu avec succès par une application de sangsues et des bains de vapeur. Elle fut guérie dans l'espace de quinze jours. C'est à ce moment qu'elle ressentit pour la première fois d'assez fortes palpitations de cœur. J'eus occasion de l'examiner alors, et je ne constatai rien qu'une assez grande force dans les battements du cœur. Après la disparition des douleurs rhumatismales, il resta une certaine irritabilité nerveuse, avec de l'agitation, du tremblement dans les membres, de la perte d'appétit. Ces symptômes l'incommodaient à un tel point, qu'elle fut obligée de quitter la place où elle servait comme domestique et de se reposer. Il y a quatre semaines,

il survint de nouvelles palpitations pour lesquelles un médecin qui fut consulté prescrivit des pilules et des poudres à prendre à l'intérieur, et des frictions sur la région précordiale avec un liquide brunâtre. (J'ai appris plus tard, du médecin lui-même, que les pilules étaient purgatives, la poudre de la digitale, et le liquide de la teinture de digitale). Sous l'influence de ces moyens, il survint une amélioration assez grande pour que la malade pût de nouveau se placer comme domestique et reprendre son travail. Ceci arrivait il y a huit jours. Mais dès le deuxième jour, comme elle était obligée de frotter les appartements, elle ressentit une fatigue assez considérable avec palpitations, malaises, etc. Cet état persistant pendant plusieurs jours, un médecin fut appelé. Celui-ci l'ayant examinée assez attentivement, lui fit dire par sa maîtresse de prendre tous les matins, dans de l'eau sucrée, des gouttes de la liqueur qui servait aux frictions et que le médecin s'était fait présenter. Il conseilla en outre à la jeune fille de cesser de frotter les appartements et de prendre une nourriture fortifiante, des viandes rôties, du bon vin, etc.

Le jour même de la visite du médecin, on prit cinq gouttes de la teinture. Le lendemain, on en prit également, mais sans compter les gouttes. Cela ne produisit aucun effet. Le troisième jour la jeune fille, qui avait résolu de quitter Paris ce jour là, prit également dans de l'eau sucrée une certaine quantité de digitale qu'elle ne peut spécifier. Elle se rappelle seulement qu'il y en avait plus que la veille, et que cela suffit pour donner à l'eau contenue dans le verre une couleur assez foncée. (En renouvelant l'expérience aux yeux de la malade, j'ai pu constater qu'il y en avait environ la valeur d'une petite cuillerée à café.) Elle avala cette quantité en une seule fois, à sept heures du matin. Jusqu'à midi, elle ne ressentit rien, mangea à huit heures du matin. Mais à midi, ayant à sortir, elle fut prise d'un malaise assez grand. Cela ne l'empêcha pas de faire son second déjeûner. Elle eut une selle naturelle et elle urina. A une heure, elle fut prise d'un nouveau malaise et subitement de vomissements abondants, de matières alimentaires d'abord, qui bientôt devinrent entièrement liquides et verdâtres. Ces vomissements revinrent avec une grande fréquence. La malade affirme que dans la soirée elle a vomi plus de cinquante fois. Les matières qu'elle rendait étaient liquides, glaireuses, de couleur, brunâtre ou verdâtre. Une infusion de fleurs d'oranger, qu'on lui fit prendre, parut augmenter ses vomissements. Un médecin, qui fut appelé, prescrivit une infusion de café et une potion qui paraît avoir été camphrée ;

elles furent également rejetées et les vomissements persistèrent toute la soirée. En même temps, elle éprouvait un malaise et une anxiété extrêmes dont elle rapportait surtout le siége à la région épigastrique, une céphalalgie intense fixée vers l'orbite droit, un trouble considérable dans la vision, des bourdonnements dans les oreilles et un sentiment d'affaissement considérable.

Vers cinq heures, elle ressentit quelques mouvements spasmodiques dans les deux cuisses. Elle eut à la suite quelques légers frissonnements suivis d'un peu de chaleur. Il y avait alors surtout de la chaleur vers les oreilles, et des bouffées qui s'irradiaient dans tout le corps. Elle fut apportée à l'hôpital à huit heures du soir, et l'interne qui la reçut me dit qu'elle était dans un état d'affaissement très grand est presque sans pouls. Il lui ordonna une infusion de café avec un peu de rhum, des sinapismes, etc.

La nuit a été tout à fait sans sommeil. Les vomissements ont continué et revenaient à chaque instant, réveillés par la moindre ingestion de liquide. Ces vomissements, que nous avons vus, remplissaient une moyenne bassine de cuivre et étaient constitués par un liquide verdâtre assez épais, mêlé de mucosités également colorées en vert. Il y a eu également toute la nuit un sentiment d'endolorissement général.

Le 5 février au matin, je la trouvai dans l'état suivant : pâleur considérable de la face, qui n'est interrompue par un peu de rougeur vers les pommettes que lorsque la malade veut vomir. La pâleur offre une teinte livide verdâtre ; expression d'abattement et d'affaissement profond. Pas de céphalalgie, mais vertiges et bourdonnements d'oreilles mêmes quand la malade ne fait aucun mouvement ; pas de surdité. Vue trouble : elle distingue difficilement les objets et ne me reconnaît que quand je me place au pied de son lit ; les pupilles sont dilatées et mobiles (la malade est à contre-jour). Intelligence nette ; elle entend bien nos questions et y répond convenablement. Sensation de malaise extrême qui siége surtout à l'épigastre et détermine fréquemment de profonds soupirs. Nausées continuelles. Pendant mon interrogatoire, elle a eu deux vomissements formés de deux cuillerées environ de matières verdâtres assez épaisses. L'épigastre est douloureux à la pression. Le ventre n'est pas ballonné, il est indolent dans tous les points.

Les battements du cœur sont forts et énergiques, soulèvent fortement la tête de l'observateur, et s'entendent dans tout le côté gauche. L'impulsion est forte, sans vibration. Pas de bruit de souffle. Le premier bruit est sourd, profond et fort ; le deuxième éclatant. Les battements sont intermittents, irréguliers

(44). Le pouls est lui-même raide et fort. Pas de bruit dans les vaisseaux du cou. Langue pâle sans enduit. Soif très vive. Appétence de boissons froides. Pas d'appétit. Pas de selles depuis hier. Elle n'a pas uriné depuis le même moment. La vessie, dilatée, fait au-dessus du pubis une saillie appréciable dans l'étendue de deux travers de doigt.

Respiration suspirieuse, profonde, inégale, trois à quatre courtes inspirations sont suivies d'une expiration profonde et gémissante. A l'examen physique de la poitrine, on trouve une sonorité médiocre des deux côtés, et une respiration vésiculaire assez faible, sans aucun caractère anormal.

La malade paraît accablée ; c'est à grand'peine qu'on obtient d'elle un mouvement volontaire. Elle est couchée sur le dos et ofire une apparence d'affaissement assez profond. La peau n'offre pas de chaleur. Les extrémités sont fraîches.

On prescrit eau de Seltz ; glace ; cataplasme abdominal ; infusion de thé ; cathétérisme de la vessie.

Le 6, pas de sommeil. Trois à quatre vomissements verdâtres pendant la nuit. Léger délire sans agitation.

Ce matin, elle se trouve mieux. La face est plus colorée ; la pâleur livide a diminué. Les pommettes reprennent une coloration rosée. Elle a eu ce matin un seul vomissement de matières liquides, toujours verdâtres, et en petite quantité (une cuillerée). Soif extrêmement vive ; elle suce et avale de la glace avec ardeur.

Céphalalgie frontale ; la vision n'est plus trouble ; les pupiles sont peu dilatées, mobiles.

Les battements du cœur sont toujours très intenses et s'entendent dans toute la poitrine. Le pouls est dur, résistant (48).

Elle a rendu par le cathétérisme environ un crachoir d'urine claire et limpide. Pas de selles.

Même prescription. Lavement purgatif.

Le 7, pas de sommeil. Délire assez violent la nuit. Pas de vomissements.

Ce matin, l'affaissement est assez considérable. Céphalalgie frontale violente. Elle a eu ce matin encore un vomissement verdâtre.

Soif excessive ; douleur assez forte à l'épigastre et dans le reste de l'abdomen, sans ballonnement. Pouls fort, résistant, à 38.

Elle n'a pas uriné depuis le cathétérisme. Une petite garderobe de matière dure.

Pouls toujours raide (38).

Le 8, il y a eu dans la nuit un délire assez violent pour qu'on ait été obligé d'attacher la malade. Insomnie complète. Agitation assez grande. Plaintes continuelles. Elle accuse une vive douleur à l'épigastre et dans la reste de l'abdomen. Ces parties sont douloureuses à la pression, mais non ballonnées. Pas de vomissements depuis hier ; pas de selles depuis deux jours.

Soif toujours très vive. Appétence de boissons froides. Langue humide, sans enduit.

La face exprime l'affaissement ; elle est toujours très pâle. Les yeux sont quelquefois fixes ; les pupiles ne sont pas dilatées. Il y a des plaintes et des gémissements continuels. Néanmoins elle répond aux questions avec intelligence.

Les battements de cœur ont un peu perdu de leur force et de leur intensité. Ils sont un peu plus fréquents, toujours intermittents. Le pouls est plus dépressible que les jours précédents, intermittent, irrégulier et donnant à la minute tantôt 48, tantôt 60 pulsations.

Elle a uriné spontanément et a rendu en une fois un demi-crachoir d'une urine extrêmement épaisse, tenant en suspension des matières blanchâtres assez denses, que malheureusement on n'a pu examiner.

Même prescription. Deux lavements purgatifs. Sol. gom.

Le 9, pas de sommeil, pas de délire ni vomissements. L'abdomen est toujours très douloureux dans toute son étendue ; l'anxiété a diminué.

Les lavements ont amené deux garderobes, mais il y en a eu trois en outre ; elle a uriné en allant à la selle. Mêmes caractères de force et d'irrégularité du pouls, 52.

Solution gommeuse ; cataplasmes sur l'abdomen ; deux lavements.

Le 10, un peu de sommeil ; chaleur aux extrémités : un peu de céphalalgie ; endolorissement général. Douleurs encore assez vives à la pression de l'épigastre. Deux selles à la suite du lavement ; elle a uriné très peu, mais son lit est mouillé peut-être par de l'urine.

Pouls toujours fort et inégal (60).

Le 11, pas de sommeil ni de délire. Un peu de céphalalgie ; quelques bourdonnements d'oreille ; soif toujours très vive. Langue chargée d'un enduit blanchâtre, un peu sèche ; quatre selles.

Pouls à 60. Potion avec 0,02 extrait thébaïque ; deux lavements.

Le 12, un peu de sommeil, mais interrompu par des rêves et des cauchemars. Pas de chéphalalgie.

La face n'est presque plus pâle ; les pommettes sont rosées. La figure exprime pourtant encore un certain abattement. Il y a des bourdonnements d'oreille. La bouche est mauvaise, la soif est moindre ; il y a moins de désir des boissons froides ; elle demande un peu à manger.

Le pouls a conservé sa force et son volume (80), irrégulier et assez inégal.

Les battements du cou sont assez forts et énergiques ; on entend à la base du cœur un bruit de souffle doux qui remonte dans l'aorte et les vaisseaux du cou.

Le 13, un peu de sommeil ; rêves.

L'expression de la figure est naturelle.

Il y a encore un peu de douleur abdominale. Le ventre est un peu météorisé, moins douloureux à la pression.

Il est survenu depuis hier de la diarrhée (dix selles) ; peu de coliques. Les matières rendues sont peu abondantes et très liquides, d'une couleur brune-jaunâtre très claire.

Néanmoins la malade se sent mieux.

Le pouls est fort et développé, un peu intermittent (84).

05 extrait thébaïque ; gom. sp. ; lavements laudanisés.

Le 14, les douleurs abdominales ont encore diminué ; il y a eu six selles, toujours blanchâtres.

Le pouls est retombé à 60.

Le lendemain, la diarrhée continua, toujours constituée par des matières blanchâtres, et ne cessa que le 20. L'appétit revint dès le 15. Le sommeil était revenu, mais néanmoins elle ne dormait que peu d'heures pendant la nuit et avait quelques rêves.

Les battements du cœur restèrent forts et énergiques, accompagnés d'un bruit de souffle doux au premier temps et prolongé dans les artères. Le pouls resta fort, toujours un peu inégal et intermittant, et variant de 64 à 84. Il perdit son intermittence et son inégalité à partir du 21, mais il conserva sa force et ne varia plus que de 76 à 84. Dès le 22, la malade put se lever et marcher, mais en conservant une faiblesse assez grande, qui disparut graduellement sous l'influence de l'alimentation et des ferrugineux auxquels on recourut dès le 20.

Elle sortit guérie le 5 mars.

L'observation que je viens de rapporter me paraît intéressante à un double point de vue, sous le rapport pratique et sous le rapport scientifique.

Sous le rapport pratique. elle prouve qu'il est toujours imprudent à un médecin de conseiller l'usage d'un médicament actif sans en spécifier exactement la dose, ou même d'en confier le dosage au malade ou à ceux qui l'entourent. On peut, à bon droit, se demander si, dans le cas actuel, le médecin au lieu de prescrire *des gouttes*, en avait indiqué la quantité précise, ou en eût confié l'administration à un pharmacien ; on peut se demander, dis-je, s'il fût survenu un empoisonnement.

Sous le rapport scientifiqne, nous ferons remarquer d'abord l'intervalle assez considérable qui s'est écoulé entre l'administration de la digitale et la manifestation des symptômes d'empoisonnement. La digitale fut prise à sept heures du matin, la malade put sortir, manger, et à midi seulement survinrent des vomissements.

Il s'était donc écoulé cinq heures depuis l'ingestion de la substance toxique. Je ne sais si MM. Homolle et Quevenne ont observé des faits de ce genre dans leurs expériences, il n'en est pas fait mention dans ceux de leurs mémoires que j'ai entre les mains. Mais il en existe quelques observations dans la science, Chantourel en a publié plusieurs. Je tiens moi-même d'uu praticien fort distingué l'observation très curieuse d'une dame qui prenait depuis quelque temps de la digitale à dose ordinaire, lorsque la menstruation survint. Le médicament fut suspendn pendant la période des règles. Dès qu'elles eurent cessé, la malade fut prise de tous les symptômes de l'empoisonnement par la digitale, sans qu'elle eût repris l'usage de ce médicament. Sans vouloir donner une trop grande valeur à ce dernier fait, on peut croire que, dans un grand nombre de cas, il s'écoule un assez long temps entre l'administration de la digitale à dose toxique et la manifestation de l'empoisonnement. C'est pour cela, sans doute, que l'action de cette substance, ingérée dans l'estomac, est beaucoup plus redoutable que ne le pensent MM. Homolle et Quevenne. Sans aucun doute, l'excès du médicament peut être expulsé de l'économie par le fait même de l'*intolérance*, mais d'autres fois le médicament reste, est absorbé, et il en résulte, comme chez notre malade, des symptômes consécutifs graves. Il y eut même chez elle cette particularité remarquable, que les symptômes cérébraux qui surviennent assez promptement à la suite de l'empoisonnement par les narcotico-âcres, n'apparurent que le deuxième jour.

Je ne pense pas qu'on puisse contester, dans l'observation que j'ai rapportée, l'existence d'un véritable empoisonnement par la digitale. Les symptômes ont été caractéristiques. Il y a eu,

en effet, un ralentissement extrême de la circulation, des vomissements abondants et persistants, des symptômes cérébraux, de l'anxiété précordiale, etc. Seulement, quelques-uns de ces symptômes ont présenté des caractères particuliers que je dois signaler.

Les battements du cœur et du pouls ont été profondément modifiés, si nous voulons prendre comme type de l'état normal le chiffre du pouls de la malade à sa sortie de l'hôpital, nous trouverons qu'il était tombé de 40 pulsations (de 80 à 38 et à 44). Loin d'être faible ou dépressible, il avait pris de la force et de la roideur, comme MM. Homolle et Quevenne l'avaient déjà noté dans leurs recherches. Mais la digitale n'avait nullement agi dans ce cas comme un régulateur de la circulation ; dès le premier jour, il existait au contraire une inégalité et une intermittence marquées dans les battements du cœur et du pouls. Cette irrégularité persista pendant quinze jours et ne disparut que lorsque l'organisme eut repris son état normal.

L'action diurétique de la digitale a été également très peu manifeste. Dans tout le cours de la maladie, les urines n'ont pas été abondantes ; mais dans les premiers jours elles étaient presque nulles. En effet, comme l'excrétion urinaire était tout à fait impossible les trois premiers jours, on fut obligé de sonder la malade et on ne ramena jamais qu'une très petite quantité d'urine assez épaisse. Ne dirait-on pas que l'effet diurétique de la digitale ne peut s'exercer qu'à la condition de ne pas produire préalablement un certain degré de narcotisme.

— L'observation d'empoisonnement par la teinture de digitale, recueillie avec une attention si scrupuleuse et si intelligente par M. le docteur Oulmont, est certainement une des plus intéressantes et nous osons dire la plus complète que possède la science ; nous demanderons à notre honorable confrère la permission d'ajouter quelques mots aux considérations judicieuses dont il l'a fait suivre.

Deux choses nous frappent surtout dans ce fait : d'une part, l'aptitude particulière de la malade à être influencée par le médicament, à ressentir tous les modes d'action que l'expérience a permis de reconnaître à la digitale, et que l'on n'observe qu'isolément dans le plus grand nombre des cas, et cela à un degré d'intensité hors de proportion avec la dose présumée de l'agent modificateur ; de l'autre (en raison de la conformité des phénomènes observés après l'administration de la digitaline), la confirmation du fait que nous avons cherché à établir dans nos divers mémoires, nous voulons dire l'identité d'action de la digitale et

de la digitaline, et la preuve que celle-ci représente bien toutes les propriétés thérapeutiques de la plante.

Notons aussi la conformité que présente l'observation du docteur Oulmont avec le récit fait par M. Hutchinson, des accidents graves déterminés chez lui par des doses exagérées de teinture de digitale. Quelque incertitude reste encore, il est vrai, sur la dose de teinture prise par Marie G... le jour de l'empoisonnement, et M. Oulmont ne dit pas quel jour la malade avait cessé l'usage de la poudre de digitale et ce qu'elle en avait pris antérieurement. Il nous paraît toujours ressortir de l'observation que le sujet présentait cette impressionnabilité qui fait de certains organismes une véritable pierre de touche, pour apprécier l'action des médicaments.

Doit-on conclure que l'administration de la digitale présente plus de danger que nous n'en avons admis pour la digitaline? Nous ne le pensons pas, mais outre cette condition d'une idiosyncrasie toute spéciale, nous rappellerons qu'il nous a paru ressortir de nos expérimentations qu'à dose correspondante la digitaline était mieux tolérée que les autres préparations de la plante.

Quant à l'intervalle de quelques heures, observé entre l'ingestion de la substance toxique et l'apparition des accidents, cela ne nous a paru placer ce fait en dehors de ceux observés jusqu'ici, et ce n'est pas ici le lieu de présenter les raisons qui nous paraissent rendre compte de la marche suivie par l'empoisonnement.

L'action du cœur a été profondément modifiée. Le pouls, de 76-80, est descendu à 38-44. Loin de se montrer dépressible et mou, il a acquis de la force et de la raideur ; enfin il est devenu irrégulier, inégal et intermittent.

Ce n'est donc pas comme régulateur de la circulation que nous voyons ici agir la digitale, puisqu'elle a déterminé dans les mouvements cardiaques une perturbation qui dura quinze jours.

Nous avons noté déjà cette augmentation de force coïncidant avec la diminution dans le nombre des pulsations.

Quant à la perturbation manifestée par l'intermittence et l'irrégularité du pouls, n'oublions pas que la dose du médicament n'était plus, dans le cas observé, thérapeutique, mais bien toxique, c'est-à-dire éminemment perturbatrice, et cette distinction n'appartient pas à la digitale en propre, mais s'observe par tous les agents un peu énergiques de la matière médicale.

Nous voyons d'ailleurs, dans l'observation de M. Oulmont, la digitale manifester son action sur les centres nerveux, sur la

vue, sur les organes digestifs, sur l'appareil locomoteur, etc.

Mais la sécrétion et l'excrétion de l'urine, loin d'être activées, ont été suspendues. Comment concilier ce résultat avec les faits observés d'action diurétique de la digitale ?

Nous ne pouvons accepter l'explication donnée par notre confrère ; ayant vu la diurèse, provoquée par la digitaline, coïncider avec une action sur les centres nerveux, caractérisée par le délire, le trouble des sens, etc., etc.

Nous ajouterons que la diminution des urines s'observe fréquemment pendant la période d'acuité de l'empoisonnement par la digitale, et que, d'ailleurs, l'effet diurétique, loin d'être constant, ne s'observe que dans un petit nombre de cas.

XII. Généralités.

25. *De la syphilisation ou vaccination syphilitique* ; par le docteur AUZIAS-TURENNE.

Suite et fin : *voir* t. VIII, août 1851, p. 157 ; t. IX, septembre p. 206 ; t. X, octobre, p. 178.

(Archives générales de médecine, août 1851.)

Je me suis *procuré* un singe de l'espèce des sapajous, et je l'ai gardé à l'hôpital, pendant toute la durée des expériences. Dans les inoculations que j'ai faites sur ce petit animal, avec le pus chancreux, j'ai toujours eu soin, soit la veille, soit le jour même, d'essayer ce pus sur la malade qui me le fournissait ; par conséquent, il n'y a pas à douter de son inoculabilité.

Dans une première série d'expériences, j'ai fait sur le ventre de ce singe des inoculations, à la lancette, avec du pus virulent; la première, très *profonde* ; la seconde, plus *superficielle*. Le surlendemain , celle qui avait été profonde était couverte d'une croûte noirâtre, sanguine, sans rougeur ni gonflement; deux jours plus tard, elle fut arrachée, et au-dessous d'elle, je trouvai une surface cicatrisée.

La plaie qui avait été plus superficielle se couvrit également d'une croûte noirâtre ; mais autour de cette croûte , il y avait une *légère auréole rouge* ; il semblait qu'au dessous il se fît un certain *travail* inflammatoire. Le *sixième* jour, la croûte fut enlevée, et la petite plaie se trouva couverte, bien qu'en petite quantité, d'*une sanie séro-purulente* ; mais la rougeur périphérique

observée les jours précédents avait disparu, et il n'y avait pas la moindre tendance à l'ulcération ; le lendemain, nouvelle croûte plus mince, également arrachée. Deux jours après, cicatrisation complète.

Je fis, à la partie interne de la cuisse gauche, une plaie avec perte de substance de 1 centimètre de large, et je la recouvris d'une couche de pus chancreux. Le troisième jour, il ne s'était pas *formé de croûte* ; la plaie était humide, rougeâtre, couverte de sanie purulente, mais sans le liséré rouge périphérique. Le cinquième jour, elle présentait des bourgeons de bonne nature, et le *neuvième*, elle était entièrement cicatrisée.

Je fis, en même temps que la précédente, une autre plaie par excision aussi, et de la même grandeur, sur la cuisse droite ; je ne l'inoculai pas. Le lendemain, elle était couverte d'une croûte noire, que j'enlevai, et je fis ainsi tous les matins pendant six jours. Le septième jour, *il n'y a plus de croûte*, et la plaie tend à se cicatriser ; ses bords sont nettement circonscrits. Je cesse de l'irriter ; elle marche alors franchement vers la cicatrisation, mais elle n'est complétement guérie que cinq jours après celle qui avait été inoculée.

Ni l'une ni l'autre n'ont laissé après elles la moindre *induration*.

Les deux plaies par piqûre et par excision que j'avais inoculées, ayant fourni un peu de pus, la première surtout, je m'empressai de le porter à la lancette, sous la peau des environs de la verge ; mais ces deux inoculations n'ont donné aucun résultat.

Enfin, dans une autre expérience, faite quelque temps après, nous avons pratiqué, à la partie supérieure du thorax, une incision large comme une pièce de 50 cent., et comprenant toute l'épaisseur de la peau. Nous avons recouvert cette plaie avec un plumasseau imbibé de pus chancreux ; malgré nos précautions, l'animal parvint, au bout de deux heures, à déranger cette charpie. Craignant alors que le contact n'ait pas été assez prolongé, je ravivai la plaie le lendemain, et un nouveau plumasseau humide de pus chancreux, dans lequel il avait macéré pendant douze heures sur le malade, fut appliqué tout chaud, et cette fois maintenu très solidement en place sous un verre de montre, au moyen de bandelettes de diachylon, et d'une camisole de force faite à cet effet. Il y resta huit heures.

Vingt-quatre heures après, la plaie était humide, un peu rouge, sans engorgement du pourtour ; les jours suivants, elle se sèche. Trois fois on arrache la pellicule qui la recouvre, et cet arrachement ne donne lieu qu'à quelques gouttelettes de

sang. Au bout de douze jours, elle était complétement cicatrisée.

J'entrerai dans des détails circonstanciés que justifie le nom de l'auteur des expériences. M. Cullerier se procure un singe *sapajou* ; il s'agit donc d'un singe *très petit* et très facile à *syphiliser*, puisque le *syphilisme* est en raison inverse du *volume* de l'animal, et que d'ailleurs les singes américains ont beaucoup de *syphilisme*. Mais comment M. Cullerier s'est-il procuré ce sapajou ? lui appartenait-il en propre, ou bien était-il la propriété d'un de ses élèves ? Celui-ci n'aurait-il pas fait le premier des expériences avec ses condisciples ? M. Cullerier n'en dit rien, et il n'y avait pas lieu à s'en enquérir à une époque où personne ne songeait à la *syphilisation*. Je suppose donc que l'animal était vierge de l'action du virus syphilitique, et je me borne à insister sur son petit volume, et sur la partie du monde dont il était originaire.

Dans une première série d'expériences, on fait sur des parties similaires deux inoculations à la lancette, avec du pus virulent, une inoculation *très profonde*, et une inoculation *plus superficielle*. Or, si le virus n'a pas pris, et par conséquent si les choses se sont passées en dehors de son influence, il est clair que l'incision profonde a dû se cicatriser la dernière ; mais c'est précisément le contraire qui est arrivé : quatre jours ont été suffisants pour sa cicatrisation complète, tandis qu'il a fallu neuf jours pour la cicatrisation de l'incision superficielle. Ce n'est pas tout, cette inoculation superficielle présentait une croûte *environnée d'une auréole rouge*, et il *semblait qu'en dessous la croûte il se fît un certain travail inflammatoire* ; *le sixième jour*, *la croûte est enlevée*, et on trouve, bien qu'en petite quantité, une sanie *séro-purulente*. Pas un mot de la surface pyogénique qui est si caractérisée. Rien n'est plus clair ; il s'agit d'un chancre sur un animal antérieurement contaminé et en voie de *syphilisation* : que peut prouver à l'encontre de mon opinion une contre-épreuve, tentée dans un lieu si mal choisi que *la peau des envrions de la verge ?* et puis, il ne se manifeste ni à présent ni plus tard, sur ce singe, aucune induration. Voyez d'ailleurs ce qu'on obtient en arrachant tous les jours des croûtes sur des plaies non contaminées ; c'est tout au plus si on parvient à en retarder la cicatrisation de deux ou trois fois vingt-quatre heures.

Jetons maintenant un coup d'œil sur les inoculations que j'ai faites dans le service de M. Cullerier, et sur le même singe. Je transcris textuellement un passage du mémoire de mon honorable contradicteur :

Sur le singe, il fit trois inoculations, dont deux par piqûre, et une par incision avec le même pus virulent, sur la paupière supérieure droite. Ces trois inoculations présentent, au bout de 48 heures, un peu de tuméfaction ; mais deux jours après deux sont entièrement cicatrisées ; l'une de celles par piqûre présente alors une légère saillie, qui fait croire qu'elle recèle *un peu de pus* ; mais avec la pointe d'une épingle, on s'assure qu'il n'y en a point du tout. Pendant six autres jours, il se fait dans cette plaie d'inoculation un léger travail inflammatoire, et au bout de ces six jours, on *constate la présence d'une pustule*. M. Auzias la déchire, et de suite inocule le pus qu'elle fournit sur la paupière du côté opposé. Dans un brusque mouvement que fit l'animal, la lancette pénétra très profondément, et il s'écoula plusieurs gouttes de sang ; cette plaie se cicatrisa exactement comme une plaie simple, *sans la moindre suppuration*. Quant à la plaie résultant de la déchirure de la pustule, dont il vient d'être question, elle fut cicatrisée au bout de quarante-huit heures, sans la moindre tendance à l'ulcération.

Trois excisions furent encore faites par M. Auzias, sur la paupière supérieure gauche ; une seule de ces excisions fut inoculée. Le lendemain, et les jours suivants, l'aspect de ces plaies reste absolument semblable, et le sixième jour, elles étaient cicatrisées, sans qu'on pût distinguer par quoi que ce soit celle sur laquelle avait été déposé le pus virulent ; enfin il pratiqua sur le front une plaie avec perte de substance plus profonde ; elle offrait un contour peu régulier, et ses bords étaient un peu mâchés ; il la recouvrit d'une couche épaisse de pus provenant d'un bubon chancreux inoculable. Nous n'avons vu dans cette plaie aucun travail inflammatoire ; elle était sèche dès le troisième jour, et tout à fait cicatrisée le septième, quoiqu'on ait cherché à l'ouvrir en tiraillant plusieurs fois la peau des environs.

Ainsi, soit que j'opérasse moi-même, soit que M. Auzias opérât sous mes yeux, il ne m'a pas été donné une seule fois de constater la production d'une seule ulcération semblable à celles qui ont *été montrées à la Société de chirurgie*.

Sur l'invitation de M. Auzias, je suis allé au Jardin des plantes, j'y ai revu son singe, j'ai vu sur cet animal une inoculation faite avec le pus des prétendus chancres, qu'il portait sur la face, et je déclare que cette inoculation, qui devait être probante, au dire de notre confrère, n'a eu, à mes yeux du moins, aucun résultat positif ; car il m'est impossible de prendre pour tel un léger degré d'inflammation, qui n'a même eu aucune tendance à s'ulcérer.

Un dernier mot sur le singe de M. Auzias. Dans le mois de novembre, cet animal mourut, et la peau nous fut apportée ; elle présentait, disait-on, des taches qui avaient l'aspect de la roséole syphilitique, et l'animal, ajoutait-on, avait peut-être succombé à la syphilis. Je ne puis, en vérité, discuter la valeur des deux ou trois taches ecchymotiques que l'on voyait sur cette peau ; il fallait une bonne volonté par trop grande pour trouver là le moindre caractère, même phlegmasique, à des accidents peut-être du décubitus cadavérique, peut-être même du dépécement de l'animal. D'ailleurs, depuis longtemps déjà ce singe était malade, et lorsque je l'ai vu à la ménagerie, il était dans un état de marasme avancé.

Mais ce n'était pas la vérole qui l'avait réduit là ; c'était une phthisie tuberculeuse des mieux conditionnées, comme je m'en suis assuré moi-même; car je dois à l'obligeance de M. Emmanuel Rousseau, chef des travaux anatomiques du Muséum, d'avoir disséqué ce singe, qui n'a pas servi, comme on l'avait avancé, à des démonstrations d'anatomie comparée. J'ai constaté des tubercules, soit à l'état de crudité, soit à l'état de ramollissement, dans les poumons, dans le foie, dans la rate, dans le mésentère, et dans les intestins. La mort de cet animal n'a donc rien d'extraordinaire, même après les expériences qu'il a eu à subir, et il est mort comme meurent, sous notre climat, la plupart de ses pareils, et comme, depuis, est mort aussi celui sur lequel j'ai fait mes expériences.

Une des inoculations que j'ai pratiquées par piqûre présente donc, quatre jours après, une légère saillie, qui *fait croire qu'elle recèle un peu de pus* ; mais, six autres jours après, c'est-à-dire le dixième jour, il y a pustule, et deux autres jours encore après, il y a *cicatrisation*. Dans mes observations, la pustule ne disparaît pas en deux jours ; mais, à part cette circonstance, n'y voit-on pas que chez les individus saturés, la pustule est lente à se produire, et que souvent, au bout de quatre ou cinq jours, il n'y a qu'une *papule?* n'y voit-on pas que le pus de la pustule se sèche, et forme une croûte jaunâtre ?

Je ne parlerai pas du singe que M. Cullerier a vu, sur mon invitation, au Jardin des plantes. Il est évident que cet animal marchait rapidement vers la *syphilisation*. Je n'étais pas alors à même d'expliquer des faits qui me paraissent, et doivent paraître à tout le monde, si clairs aujourd'hui.

Quant au singe que j'ai montré aux sociétés savantes, il a bien certainement eu une roséole, que j'ai fait voir pendant sa vie, et non après sa mort, comme on l'a imaginé plaisamment. Mais

pourquoi me serais-je obstiné à insister sur un signe que se refusaient à admettre ceux mêmes qui considéraient les accidents secondaires comme l'unique preuve concluante de la syphilis chez les animaux? On me poursuivait d'exigence en exigence, et à peine avais-je donné satisfaction à l'une d'elles, qu'on se rejetait sur une nouvelle prétention.

D'ailleurs, j'ai moi-même fait l'autopsie du singe dont il est question : c'est celui dont j'ai déposé les pièces pathologiques au musée Dupuytren. Un autre singe a sans doute été confié à M. Cullerier, qui en a fait l'examen cadavérique ; mais la question de savoir qui de nous deux a eu le privilége de l'autopsie est aujourd'hui de bien médiocre importance.

Toutes les circonstances dans le détail desquelles je viens d'entrer rendent très naturelle, et par conséquent très excusable, l'erreur de M. Cullerier. Il a bien raison de regretter (je le regrette autant que lui, car je serais heureux d'avoir converti à la bonne cause un aussi digne confrère) de n'avoir point assisté l'été dernier à quelques-unes de mes expériences ; il n'aurait certainement point persisté dans l'erreur jusqu'à se faire de bonne fois l'apôtre d'hérésies scientifiques regrettables. Voici en effet comment il s'exprime dans une lettre écrite à *l'Union médicale*, du 30 juillet 1850 :

« Deux ou trois fois (M. Cullerier parle des expériences que j'ai faites à Lourcine) il crut à un résultat heureux parce qu'il se manifesta un peu d'inflammation ; il y eut dans quelques piqûres un soulèvement de l'épiderme, quelquefois sécrétion purulente, mais bientôt la négation fut évidente pour tout le monde. . .

« Eh bien! que fait-on donc? (M. Cullerier parle ici des expériences faites en présence de nos confrères allemands) qu'a donc fait M. Auzias? Il a fait une solution de continuité qui s'est enflammée, qui a produit du pus parfaitement innocent d'abord, mais qui, ensuite, est promptement devenu virulent par son mélange avec le pus dont on recouvrait incessamment la plaie, ou avec celui qui, déposé sous l'épiderme ou dans le tissu cellulaire sous-cutané, y a fait épine, y a déterminé une inflammation phlegmoneuse, non comme pus spécifique, mais comme corps étranger. . . . . »

Le pus virulent, au lieu d'être déposé sur un corps inerte, comme dans les expériences de M. Ricord et comme dans quelques-unes des miennes sur l'inoculation médiate, le pus virulent, dis-je, a été déposé, maintenu au chaud dans la peau ou sous la peau du singe. »

Je me borne à ces trois citations. On voit par la première que

je n'avais pas voulu considérer moi-même comme négatives toutes les expériences que nous avions faites dans le service de M. Cullerier. Je ne puis trop engager M. Cullerier à refaire, après la lecture de mon mémoire, des essais d'inoculation de la syphilis aux animaux. Je ne doute pas qu'il ne réussisse et ne soit, par conséquent, indemnisé de ses peines.

Opinion de M. Ricord.

Je pourrais terminer mon travail en me dispensant d'une réfutation spéciale de l'opinion de M. Ricord, mais je veux détruire le prestige de cette opinion en montrant combien de fois elle a varié sans être définitivement fixée aujourd'hui.

Je ferai observer d'abord que ce chirurgien n'a jamais donné de détails relativement à ses expériences ; mais il a dit avoir constaté sur les animaux qu'il y soumettait des ulcérations analogues à celles que je montrais sur des singes. M. Ricord aurait-il méconnu les chancres qu'il produisait sur ses animaux ?

Pour mon compte, je suis bien convaincu de la justesse des idées nouvelles que je proclame, et je me suis dévoué à leur triomphe. Je ne dois donc rien négliger pour ne laisser subsister aucune objection. Une seule se dresse aujourd'hui devant moi ; elle m'est adressée par bien des gens que j'estime. On me dit : « Mais si les faits sont évidents, pourquoi M. Ricord ne les admet-il pas comme vous ? » Cette objection, comme *personnelle* à M. Ricord, est en même temps un hommage à son talent et une vive sommation qui m'est faite de répondre. Or, voici ma réponse :

M. Ricord n'a pas envisagé les faits comme moi, parce qu'il ne s'est pas mis à mon point de vue pour les observer ; ils lui ont apparu sous le mirage des idées qu'il a depuis longtemps adoptées il n'a vu que deux fois un seul de mes singes, et a plus souvent, il est vrai, examiné les chancres de M. Welz ; en outre, il a pratiqué lui-même, comme il le dit franchement, l'inoculation du pus d'un chancre de singe à notre courageux confrère. Voilà tout le bagage, peu lourd, de ses observations sur ce sujet. Ce n'était pas assez pour briser une ancienne conviction, c'était assez pour l'ébranler.

Une esquisse historique des opinions qu'il a successivement émises sur ce sujet donnera la preuve de mon assertion, On discernera au milieu de ses hésitations et de ses contradictions une espèce de conflit qui s'est élevé dans son esprit entre de vieilles croyances et celles qui viennent en prendre la place. La raison de

M. Ricord est trop élevée pour que ce conflit se prolonge.

J'ai déjà cité, au commencement de ce mémoire, la note si affirmative qu'il a ajoutée à l'opinion de Hunter. Voici ce qu'il dit dans son *Traité de l'inoculation* : « Quant aux expériences tentées sur les animaux, bien que restées négatives entre les mains des hommes les plus expérimentés, il devenait cependant nécessaire de les répéter ; or, des expériences publiques ont été faites à ma clinique de l'hôpital des Vénériens, sur des chiens, sur des lapins, sur des cochons d'Inde, sur des chats, sur des pigeons (1), et toutes n'ont donné que des résultats négatifs. Toutes les expériences répétées par toutes les voies possibles d'inoculation et d'infection, sans négliger aucune des précautions nécessaires, avaient été faites chaque fois avec du pus qui, chez l'homme, avait cependant donné des résultats positifs, de telle façon que, d'après ces expériences, jointes à celles qu'on possédait déjà, on peut conclure que le principe inoculable de la syphilis est particulier à l'homme et ne saurait se transmettre aux brutes ; ce qui, comme nous l'avons vu, n'empêche pas celles-ci d'être sujettes, sous l'influence de causes irritantes, aux inflammations des organes génitaux, qui peuvent, comme dans tous leurs autres tissus, être suivies de suppurations, d'ulcérations, etc., sans que ces lésions aient aucun rapport avec la vérole de l'homme. On comprend bien toutefois que, lors même qu'on arriverait à transmettre la véritable syphilis à un animal, cela n'ôterait pas plus de la spécificité du principe syphilitique, que la possibilité de transmettre le vaccin de la vache à l'homme ne détruit la spécialité de ce virus.

« Jusqu'à présent donc, la vérole ne pouvait être inoculée qu'à l'homme. »

Il n'a été question jusqu'ici que de l'opinion de M. Ricord antérieurement à mes recherches ; mais lorsque j'ai eu annoncé les résultats de mes premiers essais, M. Ricord contesta la réalité de ces résultats dans son cours clinique de l'année 1845. Voici les idées qu'il émit alors ; je les rapporte en propositions et telles qu'elles m'ont été confiées par un de mes confrères qui peut en garantir l'authenticité ; si ce ne sont pas les termes dont s'est servi M. Ricord, ils expriment au moins toute sa pensée :

(1) Un médecin d'Italie, dont le nom m'échappe, avait prétendu que le virus vénérien inoculé aux pigeons déterminait bientôt la mort de ces oiseaux. Les personnes qui ont assisté à mes expériences peuvent se rappeler que le contraire a toujours eu lieu, et que les animaux ne se sont jamais mieux portés.

« 1° La syphilis est une affection exclusivement propre à l'homme.

« 2° Tous les expérimentateurs, Hunter et M. Ricord en particulier, ont échoué dans les tentatives qu'ils ont faites pour inoculer le chancre aux animaux.

« 3° Les animaux peuvent contracter les maladies des organes génitaux *non spécifiques*, telles que la blennorrhagie, les végétations, etc., mais ils ne peuvent pas contracter la syphilis.

« 4° Tout récemment M. Auzias-Turenne a prétendu qu'il avait donné des chancres à des singes et à d'autres animaux.

« 5° Il y eut un grand émoi dans le monde médical, et des sociétés savantes ont failli sanctionner cette assertion erronée de M. Auzias.

« 6° M. Ricord a repris les expériences qu'il avait tentées autrefois sur des chiens, des lapins et des cochons d'Inde. Les résultats ont encore été négatifs ; il s'est abstenu dès lors de prendre part au débat parce qu'il n'y a point à discuter sur des faits auxquels on ne peut opposer qu'une négation absolue.

« 7° On doit avoir le courage de son opinion ; il faut savoir mourir pour la science comme on meurt pour son pays. M. Auzias aurait donc dû s'inoculer le pus des ulcérations de ses singes et attendre la manifestation des symptômes. »

Les journaux qui ont rapporté les leçons cliniques de M. Ricord, les élèves et les médecins qui les ont entendues, forment un écho qui ne rend qu'un seul son, tous nous répètent la même opinion de M. Ricord (voyez la *Gazette des hôpitaux* du 17 décembre 1846, et *l'Union médicale* du 31 janvier 1850 ; *Lettre de M. Ricord sur la syphilis*).

C'est encore à propos d'une réfutation faite par M. Ricord de mes travaux dans ses leçons cliniques de l'année 1850 qu'ont été entreprises les expériences que j'ai faites en présence de plusieurs des membres de la Société des médecins allemands, expériences qui, grâce au dévouement de Welz, ont eu un si grand retentissement.

Après ces expériences, M. Ricord se range lui-même à mon avis. J'en appelle au témoignage de ses nombreux disciples, et notamment de plusieurs membres de la Société des médecins et et naturalistes allemands à Paris. On peut lire dans la 5e série d'expériences et d'observations le compte rendu qu'a donné M. Welz de cette rétractation publique, si honorable pour M. Ricord, M. Jacquemet a été, dans la *Gazette médicale de Lyon* du 30 juin 1850, le spirituel interprête de la leçon que fit M. Ricord à ce sujet.

L'opinion de M. Ricord a donc été nettement formulée ; les témoignages sont nombreux, unanimes, irrécusables.

Quelques jours après avoir produit une opinion si ferme, l'esprit de M. Ricord paraît ébranlé. Que s'est-il donc passé pour qu'à l'assertion la plus positive succède en quelques jours la plus vague des formules ? Voici en effet comment s'exprime M. Ricord dans *l'Union médicale* du 24 juillet 1850 : « Jusque-là il n'y a donc que des accidents purement primitifs, essentiellement locaux, mais ce n'est pas encore la vérole. Le singe n'a-t-il servi au chancre que de terrain de transplantation ? Cela est très possible. On est en droit de le penser jusqu'à ce qu'on parvienne à déterminer chez lui des accidents constitutionnels. Cette opinion est d'autant plus soutenable, que plusieurs syphilographes, en Angleterre surtout, prétendent que le chancre qui ne s'indure pas n'est pas un accident syphilitique. Les expériences de M. Auzias viendront-elles confirmer cette opinion ? Je vous ferai savoir plus tard ce que j'en pense et ce que je pense aussi de l'induration du chancre. »

La première phrase de ce passage est amphibologique. S'agit-il du singe ou de l'honorable Welz, quand M. Ricord dit que, jusque-là, il n'y a *que des accidents purement primitifs* ? (Je demande pardon à mon ami Welz de ce rapprochement bizarre.) Et puis, pourquoi M. Ricord se retranche-t-il derrière une opinion de syphilographes anglais qu'il a si souvent combattue ? Certes, l'inoculation de la syphilis aux animaux, et peut-être la syphilisation elle-même, sont bien moins hostiles que cette citation aux dogmes de M. Ricord. Tous les auditeurs de la leçon clinique dans laquelle il rendit compte pour la première fois du succès de mes expériences savent avec quelle énergie il a insisté contre cette opinion. Combien de fois n'a-t-il pas répété qu'il suffisait d'un chancre pour constituer la syphilis, et que la maladie constitutionnelle n'était pas de rigueur ? M. Ricord avait raison, et que dirait-il si un autre que lui avait imaginé une objection semblable à ses doctrines ?

Mais cette amende honorable aux syphilographes anglais qu'il invoque ne serait-elle qu'une transition pour arriver à nier la découverte ? Une lettre de M. Ricord, insérée dans *l'Union médicale* du 30 juillet 1850, et dont voici des extraits, semblerait autoriser cette conclusion.

« Les singes m'ont porté malheur ; je n'ai pas contenté les expérimentateurs qui ont la *prétention* de leur avoir inoculé la syphilis, et j'ai bien moins satisfait encore ceux qui ne croient pas à cette *prétendue* inoculation. . . . . .

« Ce que je vous ai raconté dans ma dernière lettre, je l'ai vu, de mes yeux vu; je vous ai dit aussi les circonstances atténuantes qu'il m'était impossible de taire, convaincu cependant et de la conviction et de la bonne foi de M. Auzias-Turenne. . . .

« Il restera seulement acquis à la science, ce que je me suis plu à reconnaître avec empressement, qu'on peut déposer et conserver du pus virulent sur le singe et s'en servir ensuite pour inoculer l'homme, comme on transplante une plante d'un terrain sur un autre; voilà tout ce que j'ai vu et constaté, voilà la seule déduction que j'en puisse tirer. . . . . .

« Donc, jusqu'à nouvel ordre, notre confrère bavarois pourrait bien en être pour ses inoculations, comme si elles lui eussent été faites avec du pus virulent conservé dans des *tubes* ou entre deux *plaques de verre.* »

J'ai scrupuleusement choisi dans la lettre de M. Ricord *ses opinions.* Le reste de cette lettre est consacré à une polémique étrangère au sujet, ou bien (qu'il me soit permis de le dire) ne consacre que des erreurs.

Qui pourra douter désormais que M. Ricord ait passé par les quatre opinions que voici sur la question de l'inoculation de la syphilis aux animaux : 1° négation absolue, 2° affirmation positive, 3° doute, 4° enfin nouvelle négation.

J'aurais évité d'entrer dans ces détails s'il n'eût été important de défendre la vérité, du côté de l'attaque. On m'objectait sans cesse l'opinion autocratique de M. Ricord; il a fallu une fois enfin pour détruire l'effet de cette opinion, en signaler le vague, les hésitations, les contradictions! Toutefois qu'on ne m'accuse pas, contre ma pensée, de méconnaître les services rendus à la science syphilographique par le célèbre chirurgien de l'hôpital du Midi, dont l'enseignement m'a été plus profitable qu'à personne!

Je terminerai à propos cette polémique par la citation suivante de M. Welz. Il s'agit d'un fait que j'ai voulu laisser notre honorable confrère expliquer lui-même. Ce qu'il dit est plein de raison : « En tout cas, il est certain que cette question en litige ne se décidera pas plus qu'aucune autre question scientifique par des opinions personnelles prononcées même par les plus grandes autorités. L'erreur est un héritage du genre humain, et c'est l'expérimentation seule qui peut nous offrir une issue pour sortir de ce labyrinthe. Pour continuer dans cette voie, je me permets de publier ici une nouvelle tentative que j'ai faite ; je me suis inoculé, à la fin de juillet, du pus pris à une ulcération produite par M. Auzias, huit jours auparavant, à la face externe du pavillon

de l'oreille d'un chat (car les singes ne sont plus les seuls qui ont un privilége dans cette affaire). Ma 4e inoculation, réussit complétement, et produisit également un 4e chancre aux dépens duquel M. Auzias-Turenne inocula en ma présence un singe par son procédé connu sur trois points voisins les uns des autres. Dans l'espace de quatre jours, se développèrent des ulcérations qui présentaient les caractères du chancre d'une manière aussi caractéristique qu'aucun que j'aie jamais vu chez l'homme, et qui ont conflué en une seule qui subsiste encore avec une profondeur d'une demi-lentille. Voilà donc plusieurs générations qui, malheureusement, ne suffiront encore pour satisfaire ceux qui en demandent une vraie preuve de noblesse. Pour moi, la transmission du chancre de l'homme aux animaux, et de ceux-ci à l'homme, est devenue une vérité sans ombre de doute. Et à quoi me servirait-il de douter de la possibilité d'un fait dont la vérité me paraît prouvée (1) ? »

J'ai dit, au commencement de cette discussion relative à M. Ricord, que ce chirurgien avait probablement méconnu les chancres qu'il avait produits sur les animaux. Oserais-je maintenant ajouter que Hunter lui-même a pu tomber dans cette méprise ? En quoi consistent ces *ulcères ordinaires* dont il parle dans la note que j'ai citée, d'après un traducteur, au commencement de mon travail ? Ne seraient-ce pas des *chancres* ?

Addition.

Les expériences sur la *syphilisation* de l'homme ont confirmé les données de l'analogie et de l'observation. Je publierai bientôt des faits de *syphilisation* artificielle de l'homme. C'est à ce propos que M. Sperino, qui a soumis 52 prostituées à la syphilisation dans le Syphilicome de Turin, vient de faire une publication importante (*Annales de la syphilis*, juillet 1851). Le savant médecin italien passe en revue, dans son mémoire, le mode de développement des chancres artificiels, les conditions dans lesquelles on doit les produire, leurs effets soit comme moyen prophylactique, soit comme moyen curatif de la syphilis primitive ou de la syphilis secondaire, et enfin leurs avantages et leurs inconvénients.

Les femmes soumises à l'inoculation du pus virulent des chancres primitifs étaient toutes, à leur entrée au Syphilicome, at-

(1) Deux réponses à deux lettres de M. Ricord sur la syphilis. Wurszbourg et Paris.

teintes de chancres primitifs ou de syphilis secondaire. L'inoculation a été faite par la lancette dans trois ou quatre points chaque fois, ordinairement sur le ventre ; elle a été répétée une ou deux fois par semaine.

Le pus a toujours été emprunté à des chancres primitifs. Après huit ou dix inoculations de trois chancres chaque fois, il n'a plus été possible, dans tous les cas d'ulcérations petites et récentes, de produire autre chose, dans l'endroit de la piqûre, qu'une petite pustule qui s'éteignait bientôt ; puis enfin toutes les autres inoculations sont demeurées sans résultat. Chez les femmes qui avaient des ulcères anciens et larges, les premières ulcérations artificielles furent petites, et il n'a plus été possible d'en produire de nouvelles après un nombre peu considérable d'inoculations.

Les chancres des femmes soumises à l'inoculation et leurs nombreuses ulcérations artificielles n'ont été cautérisées que dans des cas d'exceptions. Les symptômes constitutionnels n'ont pas été non plus attaqués par un traitement spécifique. Les ulcérations se sont constamment fermées d'elles-mêmes, sans que l'organisme ait cessé un seul instant, après la période aiguë des chancres inoculés, de se trouver dans les meilleures conditions.

M. Sperino fait observer qu'avant toute espèce de tentative de *syphilisation*, il est important d'examiner la santé générale des individus, l'expérience lui ayant démontré que l'état inflammatoire d'un ou de plusieurs organes peut faire tourner à la gangrène les ulcérations artificielles. Dans ces circonstances, les anti-phlogistiques ont parfaitement réussi à dissiper les accidents. Il existe enfin un petit inconvénient quand on produit la *syphilisation* ; il résulte des cicatrices des ulcérations artificielles. On peut le pallier, dit M. Sperino, en inoculant des parties le plus habituellement cachées.

Les chancres primitifs de fraîche date ou d'une étendue peu considérable ont disparu sous l'influence de quelques autres chancres artificiels. Les ulcérations chroniques larges et rebelles à tous les autres moyens ont cédé à un petit nombre d'inoculations de pus emprunté à des chancres récents d'autres femmes. De semblables inoculations ont également fait justice de deux bubons dont le pus s'est résorbé, de plaques muqueuses, d'une ulcération serpigineuse, et de douleurs ostéocopes qui, dans un cas, se sont calmées.

Les expériences de M. Sperino ont été certainement très bien faites. Mais il était possible d'arriver à la *syphilisation* par un moins grand nombre de chancres. Une seule inoculation, tous

les huit à dix jours, aurait été suffisante vers la fin où l'on peut sans inconvénient les multiplier et les rapprocher les unes des autres. (Voyez plus haut, l'analyse de la syphilisation et le n° 19 des conclusions.)

La place des inoculations ne doit pas être douée d'une sensibilité trop vive, et il est important qu'elle se trouve à l'abri de tout retentissement ganglionnaire. Il faut qu'elle soit peu visible, pour éviter des stigmates qui pourraient contrarier la coquetterie des femmes syphilisées ou blesser la décence. Il convient encore de mettre un certain espace entre les inoculations, et de ne pas les faire toutes sur une seule partie. Le mieux, à mon sens, est de les disséminer sur les parties externe et antérieure des cuisses dans les deux sexes, et sur les parties externe et postérieure des bras chez l'homme. On aura surtout grand soin d'éloigner les piqûres du passage des veines et des nerfs superficiels. Je n'ai pas besoin de dire que ces piqûres doivent être très étroites et peu profondes, pour diminuer d'autant la largeur et l'inflammation des ulcérations. Tout traitement mercuriel est rigoureusement proscrit.

Telle est la formule la plus simple de la *syphilisation*. Les premiers chancres sont actifs et un peu douloureux ; les autres sont sans vigueur, et peuvent être mis hors de compte. On obtient donc l'immunité à la suite de quelques chancres artificiels sur les membres, tandis que ceux qu'on contracte naturellement sur les organes sexuels, doués d'ailleurs d'une sensibilité si exquise, peuvent ne pas être les derniers, et exposent, entre autres dangers, à celui d'une infection générale.

Conclusions.

1. L'inoculation de la syphilis aux animaux est moins une découverte qu'un instrument de découverte.

2. Plus les plaies sont étroites et superficielles, plus les inoculations sont significatives. Ces inoculations répondent parfois tardivement à la question dont on cherche la solution ; mais elles y répondent sûrement.

3. Le substantif *syphilisation* (le verbe correspondant étant *syphiliser*) peut indiquer une sorte de saturation des organes vivants par le vice syphilitique, ou mieux l'état d'immunité auquel on arrive par une succession de chancres ; et le mot *syphilisme*, l'aptitude à être syphilisé.

4. Aucun animal susceptible de contracter le chancre syphilitique n'est s'est montré jusqu'ici réfractaire à la *syphilisation*.

5. Il existe des degrés dans la *syphilisation* ; pourquoi n'en existerait-il pas dans la vérole constitutionnelle ?

6. Les animaux sont susceptibles d'avoir, comme l'homme, la syphilis constitutionnelle.

7. Personne n'est réfractaire à la syphilis constitutionnelle avant d'avoir été *syphilisé*. Si beaucoup de gens y échappent, bien qu'ayant contracté des chancres, c'est qu'ils en ont heureusement contracté en trop petite ou en trop grande quantité et dans un mode particulier de succession. En réglant, par l'inoculation, le nombre et la succession des chancres, on pourrait donner, à coup sûr, à l'homme, comme on le peut aux animaux, la syphilis constitutionnelle.

8. Il n'y a pas de différence fondamentale entre le chancre d'un singe et celui d'un homme.

9. Un chancre est parfaitement caractérisé par sa forme, qui devient un type chez les animaux où il n'a point été modifié par des médicaments ou par quelques circonstances particulières ; mais il faut examiner cette forme aux différentes périodes de la durée du chancre.

10. L'étendue d'un chancre est, toutes choses égales d'ailleurs, proportionnelle au volume de l'animal, et inversement proportionnelle à son *syphilisme*.

11. Le *volume* d'un chancre de singe est, relativement au *volume* de l'animal, aussi grand que celui d'un chancre d'homme.

12. Un chancre de singe dure aussi longtemps, eu égard à l'activité des fonctions de l'animal, qu'un chancre d'homme.

13. L'*inflammation* qui accompagne un chancre de singe est aussi considérable que celle qui accompagne un chancre d'homme.

14. La *durée* d'un chancre est, toutes choses égales d'ailleurs, inversement proportionnelle à l'activité vitale et au *syphilisme* de l'animal.

15. La *syphilisation* et le *syphilisme* sont, toutes choses égales d'ailleurs, en raison inverse du *volume* de l'animal.

16. La *syphilisation* est en raison directe du nombre des chancres simultanés.

17. La *syphilisation* est en raison inverse de l'étendue des chancres.

18. La *syphilisation* est en raison directe du nombre des chancres successifs qu'on donne à un animal.

19. Il faut beaucoup plus de chancres simultanés que de chancres successifs pour *syphiliser* un animal.

20. Il faut moins de temps pour *syphiliser* un animal par des chancres simultanés que par des chancres successifs.

21. Le *temps* nécessaire à la *syphilisation* est en raison directe du volume de l'animal, et en raison inverse de l'activité de ses fonctions.

22. Les chancres deviennent d'autant moins vivaces qu'on les multiplie davantage et surtout qu'on les multiplie successivement sur le même animal.

23. Il y a des chancres qui peuvent ne durer que quelques jours sous l'influence d'une *syphilisation* plus ou moins complète.

24. On appelle ces chancres de *fausses pustules*, et on considère les chancres qui les ont engendrés comme n'étant plus *virulents*. C'est une double erreur ; car ce sont des *pustules* parfaitement *virulentes* quoique *avortées*.

25. Il répugne aux lois de l'organisme que le virus syphilitique puisse demeurer sans décomposition pendant plusieurs jours dans le derme ou sous l'épiderme. Il n'est donc pas possible de l'y prendre pour le transporter et le faire agir ailleurs; à plus forte raison, est-il impossible de le *transplanter* plusieurs fois, et à différentes époques, d'un de ces lieux dans un autre. Le prétendu dogme de la *transplantation* est donc condamné par la physiologie.

26. Le virus syphilitique se transmet de l'homme aux animaux, des animaux aux animaux eux-mêmes, et de ceux-ci à l'homme ; ces transmissions peuvent être indéfinies sans dégénérescence du virus.

27. L'idée que le virus pourrait cesser d'être identique à lui même dans ces migrations et reproductions est en opposition avec celle de l'*unité* de ce virus.

28. Le virus chancreux est *un* comme le *vaccin* ou comme le *virus variolique*. C'est une graine qui germe plus ou moins bien suivant les terres ; elle s'étiolerait, et finirait par périr si elle ne changeait jamais de terrain.

29. Les *chancres* sont les analogues des *pustules vaccinales* ou des *pustules varioliques*. La *syphilisation* correspond à l'état général dans lequel nous sommes après une éruption vaccinale ou une éruption variolique.

30. Mais les *pustules chancreuses* sont des manifestations moins aiguës que les *pustules vaccinales* ou que les *pustules varioliques*.

31. La *syphilisation* est, philosophiquement parlant, le plus haut degré de l'*état constitutionnel*.

32. L'*état constitutionnel* ordinaire est sur la route de la *syphilisation*, qui est un autre *état constitutionnel*. L'un se traduit en général par des symptômes (vérole constitutionnelle), et se trouve compatible avec de nouveaux chancres ; l'autre ne se révèle à nous que par son incompatibilité avec l'existence d'une nouvelle syphilis primitive.

33. Si l'on ne peut arriver à la *syphilisation* qu'en passant par la syphilis primitive et par l'état syphilitique constitutionnel on peut dire, théoriquement, qu'elle guérit plutôt qu'elle ne prévient la syphilis primitive et la syphilis constitutionnelle ; mais on doit la considérer pratiquement comme prophylactique, et comme curative de la syphilis primitive et de la syphilis constitutionnelle.

34. Le virus syphilitique est le meilleur remède contre l'action du virus syphilitique.

35. On *devrait* syphiliser : 1° tous ceux qui ont la syphilis, n'importe sous quelle forme; 2° toutes les filles publiques; 3° tous les militaires et tous les marins ; 4° tous ceux qui passent leur vie ensemble et en grand nombre (prisons, bagnes, manufactures, etc.); 5° enfin, *tous ceux* qui peuvent être exposés à la contagion.

36. On pourrait éteindre dans le monde la syphilis par une syphilisation universelle.

37. J'ai vu un seul chancre suffire presque à la *syphilisation* d'un animal.

38. On ne peut pas, au moyen de caustiques, produire des ulcérations identiques, même pour la physionomie, au chancre syphilitique primitif.

39. Le vrai chancre *phagédénique* est un chancre qui inocule *sans cesse* et très activement une partie de sa circonférence. Le *phagédénisme* est en raison inverse du *syphilisme* et de la *syphilisation*.

40. L'inoculation moins active de la totalité de la circonférence du chancre *pendant un temps plus court* est un caractère de tous les chancres en voie de progrès. Elle ne constitue pas de nouveaux chancres ; c'est pourquoi aucune espèce de phagédénisme ne saurait aboutir à la syphilisation.

41. Quand, sous l'influence d'un état plus ou moins *local*, un chancre n'inocule plus aucune partie de sa circonférence, il se *cicatrise*.

Quand, sous l'influence de la *syphilis constitutionnelle*, un chancre n'inocule plus aucune partie de sa circonférence, il *s'indure* puis se *cicatrise*.

Quand, sous l'influence de la *syphilisation*, un chancre n'inocule plus aucune partie de la circonférence, il se *cicatrise* promptement, il *avorte* même si la *syphilisation* est complète.

Ces trois propositions, surtout les deux premières, n'ont rien d'absolu.

42. Toute inoculation qui *avorte* sur un individu *syphilisé* peut réussir sur un individu qui ne l'est pas.

43. On affirme souvent que le pus d'un chancre n'est plus inoculable quand c'est le malade qui ne l'est plus. Là se trouve, comme je l'ai dit plus haut, le secret des *fausses pustules*.

44. Une inoculation peut n'être pas concluante si elle est pratiquée sur le malade lui-même; elle est toujours concluante si elle est convenablement pratiquée sur un individu sain.

45. Quand on donne à un singe plusieurs chancres à la fois, pourvu qu'ils ne soient pas confluents, la cicatrisation se fait plus rapidement que si on ne lui en donnait qu'un.

46. La *syphilisation* est plus facilement produite par plusieurs chancres que par un seul.

47. Quand on donne à un singe des chancres séparés par une période de quelques jours, l'*induration* ne se montre pas toujours au premier chancre, elle se montre souvent au second ou même au troisième. Cette *induration* apparaît alors à une époque en rapport avec la durée du premier chancre, de telle façon qu'elle peut se montrer vers les premiers jours du second ou du troisième chancre. Une pustule d'inoculation sur le malade lui-même peut donc être rapidement suivie d'*induration*.

48. La *syphilisation* est à un point de vue le contraire de la *saturation mercurielle* ; l'une empêche, l'autre favorise l'existence du chancre. L'une conduit à l'*avortement* du chancre, et l'autre au *phagédénisme*.

49. Les chancres que contracte un animal sont d'autant moins vivaces que celui-ci s'avance plus vers la *syphilisation*. Les chancres ne peuvent pas même se produire quand la *syphilisation* est complète : elle n'empêche donc pas seulement un chancre de *s'indurer*, elle l'empêche d'*exister*. L'aptitude à contracter l'affection syphilitique locale est en raison inverse du *syphilisme* et de la *syphilisation*.

50. Toute tentative d'inoculer le pus syphilitique, qu'il provienne d'une manifestation primitive ou autre, doit tenir compte de la *syphilisation* et du *syphilisme*.

51. Les chancres *avortés* qui se manifestent sur un animal plus ou moins *syphilisé* sont inoculables à un animal bien portant. Il en est de même des chancres *volants* de l'homme et de la

femme. Ils peuvent donc se transmettre par le coït, bien qu'ils passent souvent inaperçus.

52. L'*induration* chancreuse n'est pas le prélude indispensable de la *syphilisation*. Il en est de même de l'*induration* lymphatique et ganglionnaire.

53. Il est rare qu'un singe soit soumis à une succession de chancres, sans que l'un au moins de ces chancres s'*indure* : mais quand cette *induration* s'est montrée sur un ou deux chancres, elle ne se montre pas sur ceux qui suivent.

54. Le *syphilisme* est une règle qui paraît avoir peu d'exceptions, si toutefois il en existe.

55. Un animal qui ne serait pas susceptible de contracter le chancre pourrait être considéré comme *syphilisé* ou doué du maximum de *syphilisme*.

56. Tout animal qui se *syphilise* facilement a beaucoup de *syphilisme*.

57. Dire que les animaux peuvent être *syphilisés*, c'est dire qu'ils peuvent passer par la *syphilis constitutionnelle*.

58. L'induration du chancre peut cesser spontanément, mais elle cède surtout à la *syphilisation*.

Si les propositions précédentes ne sont pas les plus importantes de celles qui résultent de mes expériences et de mes observations, elles sont au moins les plus sûres. Le temps qui mûrit tout permettra de recueillir plus tard d'autres fruits. J'ajouterai que les faits de syphilisation appliquée à l'homme, et la possibilité de faire passer sans scrupule aujourd'hui le pus d'une personne à une autre, constituent une source féconde et rapide de progrès.

J'ai abordé depuis huit années ce sujet d'études que j'ai poursuivi sans relâche, au prix de sacrifices de plus d'un genre ; j'obéis à un sentiment de justice et de reconnaissance en remerciant l'administration de la ménagerie du Muséum de m'avoir efficacement secondé.

Voici les questions que j'examinerai en détail dans un autre travail.

1. Quelle est l'action de mercure sur la *syphilisation ?*

2. La *syphilisation* est-elle transmissible par l'inoculation ou par la transfusion du sang, et pourrait-on, par conséquent, *syphiliser* un individu sans le faire passer par le chancre ?

3. La blennorrhagie et la balano-posthite peuvent-elles conduire à la *syphilisation ?*

4. Quelle est la maladie virulente des animaux qui ressemble le plus à la syphilis ?

5. La *syphilisation* est-elle compatible avec la diathèse cancéreuse ?

6. Quels sont les autres états morbides généraux qui sont sympathiques ou antipathiques à la *syphilisation ?*

---

26. *Rapport sur les épidémies cholériques de* 1832 *et de* 1849 *dans les établissements dépendants de l'administration générale de l'assistance publique de la ville de Paris* ; par M. Blondel, inspecteur de l'administration générale de l'assistance. — Un vol. in-4°.

(Gazette médicale de Paris, N° 22 ; 1851.)

Il n'est pires sourds que ceux qui ne veulent pas entendre, ni tels aveugles que ceux qui ne veulent pas voir.

Le travail à l'examen duquel nous allons procéder est un document officiel, publié par autorisation expresse de l'administration, sur deux époques dont, ainsi que le dit l'auteur lui-même dans sa lettre d'envoi à M. le directeur de l'assistance publique, « il importe d'utiliser au moins les tristes enseignements. » Or la conséquence à peu près unique des observations que l'administration a pu laborieusement rassembler sur les épidémies de choléra qui ont désolé Paris en 1832 et 1849 ; le seul résultat de tant de chiffres étalés en 44 grands tableaux groupés de cent façons différentes et commentés dans 168 pages *in-quarto*, c'est qu'on n'entend rien, absolument rien au choléra, c'est qu'on ne saurait expliquer ni « quelle est la nature du mal, ni comment « il vient ou disparaît, ni sous quelle influence il croît ou di- « minue. » (*Introduction*, p. 7.)

Il n'y a qu'une chose qui ressort de chacune des pages du volumineux document mis sous les yeux du public par l'administration : c'est que les mesures prises par elle, en 1849 comme en 1832, contre le fléau qui avait envahi la capitale, ont été les plus parfaites du monde ; qu'il était impossible de rien faire de mieux que ce que fit alors l'administration, soit pour borner les ravages du mal, soit pour en secourir les victimes. Ce qui n'empêche pas que, par une cruelle fatalité, « les deux épidémies « de Paris comptent parmi les plus meurtrières signalées en Europe. » (*Ibid.*, p. 7.)

Ce dernier point est malheureusement incontestable. Nous croyons même qu'aux deux invasions du choléra, aucune autre capitale d'État européen n'a perdu ni proportionnellement ni absolument autant de monde que Paris ; si de même donc qu'il

est recommandé de juger l'arbre à ses fruits, on devait apprécier d'après les résultats la valeur des mesures adoptées, il n'y aurait pas lieu en vérité de s'applaudir de celles qui ont été mises à exécution dans la capitale de la France contre le fléau épidémique venu de l'Inde.

Le Rapport est obligé d'en convenir (voyez la note de la page 152) ; le premier choléra ne causa dans Londres, sur une population de 1,681,641 âmes, que 6,728 décès, tandis qu'à Paris, sur 753,989 habitants, il en moissonna 18,204 ; le dernier choléra enfin, celui de 1848-49, a fait à Londres, sur une population de 2,206,076 âmes, 14,601 victimes; et à Paris, sur 995,504, pas moins de 19,069 victimes, ou même 19,184, si l'on ajoute, comme il est juste de le faire, les cholériques décédés en octobre, Ainsi donc, sous l'influence du même fléau épidémique, Paris a perdu 1 habitant sur 45 en 1832, 1 sur 65 en 1849, et Londres seulement 1 sur 250, 1 sur 151.

A Dieu ne plaise que nous fassions de ceci un sujet de récrimination ou de blâme rétrospectif envers qui que ce soit! Nous rappelons seulement le fait et nous nous demandons d'où peut provenir cette différence, digne au moins d'attention, dans le partage des rigueurs du fléau? Serait-ce de ce que le climat de Paris est un peu plus chaud que celui de Londres, ou de ce que la première de ces villes est en général moins confortablement bâtie que la seconde, ou bien encore de ce qu'on y brûle moins de charbon de terre? La fumée du charbon de terre aurait contribée, suivant quelques personnes, à diminuer en Hollande et dans d'autres contrées les désastres du choléra? Mais Lisbonne qui fut visitée par l'épidémie cholérique en 1833, Lisbonne avec une température beaucoup plus élevée que celle de Paris, avec des constructions moins hygiéniques, une malpropreté des rues sans égale et l'absence à peu près complète des vapeurs, prétendues protectrices, du charbon minéral, Lisbonne n'eut pas, que nous sachions, une proportion aussi forte de cas et de décès (1).

(1) Si c'était ici le lieu de rechercher quelles sont, en dehors des conditions atmosphériques, les causes qui ont pu influer sur la proportion plus ou moins grande des ravages du choléra, nous verrions, en ce qui concerne Londres par exemple, qui souffrit beaucoup moins de l'épidémie en 1831-32 qu'en 1848-49, nous verrions, disons-nous, qu'à la première époque les mesures qui furent mises en vigueur étaient conçues au point de vue de la contagion et comme s'il s'agissait de se défendre d'un mal contagieux, et qu'en 1848 on se départit quelque peu de cette sage pratique, sans aller pourtant aussi loin qu'à Paris, où l'on mettait dans des hôpitaux, cholériques et autres malades pêle-mêle

Laissons-là, au surplus, ces comparaisons tristes et désobligeantes pour nous ; acceptons comme chose de pure fatalité, comme effet de ce qu'on a nommé les *caprices* du choléra, la prédilection avec laquelle il a sévi par deux fois dans la capitale de notre France, et voyons ce que renferme à ce sujet le Rapport de M. l'inspecteur général de l'administration de l'assistance publique de la ville de Paris.

Sauf à revenir plus tard sur quelques-unes des particularités qui s'y trouvent consignées, nous nous permettrons de sauter par-dessus la première partie du volume, celle qui concerne l'épidémie de 1832. C'est de l'histoire ancienne, refaite sans bien notable avantage sur la publication due à la commission instituée à cette époque par le préfet de la Seine et par le préfet de police.

Dans l'examen de la seconde partie du Rapport consacrée à l'épidémie de 1849, nous allons suivre les principales divisions adoptées par l'auteur.

1° *Invasion et développement.*

Le chapitre 1er traite de l'invasion et du développement de la maladie. Il importait avant tout, ce nous semble de s'attacher à découvrir l'origine, la provenance des premiers cas ; il fallait rechercher avec soin s'ils ne se rattachaient par aucun lien aux épidémies qui régnaient depuis quelque temps déjà dans certaines localités des départements du Nord, du Pas-de-Calais et de la Seine-Inférieure. C'était là incontestablement le point primordial et capital à éclaircir. Or nulle investigation à ce sujet dans le Rapport : on s'y borne à nous dire que le premier décès à domicile, par suite du choléra de 1849, date du 7 mars et eut lieu dans le 7e arrondissement ; que le mal fut signalé le 9 dans le 10e arrondissement ; le 10 dans le 2e et le 6e ; le 11 dans le 5e, etc.

Quant aux hôpitaux civils, on y avait remarqué, suivant la mention qu'en fait le Rapport, des cas isolés de choléra dès le mois de janvier ; il en fut de même en février et dans la première quinzaine de mars. Toutefois on ne considéra le choléra comme

dans les mêmes services et les mêmes salles. L'instruction publiée en 1831 au nom de la commission sanitaire anglaise et signée H. Halfort, président, prescrit, entre autres précautions, les suivantes : « Séparer immédiatement les « personnes saines des malades ; — après l'enlèvement des individus affectés « du choléra, la chambre et même toute la maison sera ventilée et désinfectée, « particulièrement par le chlorure de chaux.

étant à l'état d'épidémie que le 19 mars, journée où il fut enregistré 22 malades nouveaux.

Mais d'où provenaient, nous ne cesserons de le demander, ces premiers cas du début de l'épidémie? Dans quelles circonstances avaient-ils éclaté? Voilà ce qu'il importerait par-dessus tout de savoir, et c'est justement de cela que le Rapport ne dit mot.

Eh bien! si M. l'inspecteur avait pris la peine de faire quelques recherches sur les commencements de l'épidémie dans le département de la Seine, il aurait appris qu'elle régnait déjà depuis six semaines à Saint-Denis, lorsque sa présence au sein de la capitale fut reconnue. Et comment était-elle parvenue, s'était-elle introduite à Saint-Denis? Avec un bataillon de chasseurs d'Afrique (le 3e), arrivé par le chemin du fer du Nord, le 29 janvier, de la ville de Douai qui était alors en proie au choléra. Ce corps avant de quitter Douai, avait déjà perdu des hommes par suite du choléra, et dès le surlendemain de son arrivée à Saint-Denis, le 31 janvier, il envoyait un cholérique à l'hôpital de cette dernière ville; un autre le 1er février. Le premier de ces deux malades, le nommé Julien-Pierre Antoine, chasseur de 2e classe, succomba le 2 février; le second, Henry Bernard, le 20 du même mois. Tous deux offraient les symptômes pathognomoniques du typhus indien dans leur forme la plus tranchée.

D'autres décès dus au choléra furent constatés à Saint-Denis dans la seconde quinzaine de février et dans la première quinzaine de mars. Trois de ces décès eurent lieu le 27 février dans la maison de détention. Un cholérique du 11e léger mourut à l'hôpital le 4 mars; un autre du même corps le 5. On enregistrait le 7, 3 décès de cholériques civils, 1 du 11e léger le 9, et le chiffre des individus qui avaient succombé au choléra dans Saint-Denis s'élevait dès lors à 18.

Voilà certes établi d'une façon qui nous semble irrécusable le fait de l'importation du choléra dans la ville de Saint-Denis par un corps de troupes, appelé, contre toutes les règles de la prudence, d'une localité envahie par le choléra. Ce ne fut pas là peut-être le seul fait d'importation du mal indien qui eut lieu en 1849 dans le département de la Seine. Il suffit cependant, les premiers cas consécutifs ayant dans Saint-Denis précédé d'un mois ceux de la capitale, pour prouver que l'importation ne resta pas étrangère au développement de la dernière épidémie cholérique dans Paris et sa banlieue. Ce fait en dit beaucoup sur la façon dont voyage et se propage le choléra. C'est probablement pour cela qu'il a été généralement passé sous silence; il contra-

riait par trop le système de ceux dont le siége était fait d'avance, au point de vue de la non-contagion.

Au lieu donc de rechercher l'origine des premiers cas épidémiques (chose difficile, on doit l'avouer, pour une partie d'entre eux, au milieu d'une population aussi considérable que celle de Paris, mais non pas impossible pour quelques-uns du moins, ainsi que nous venons d'en fournir la preuve), au lieu de cela, disons-nous, M. l'inspecteur Blondel se contente de nous donner jour par jour le relevé des entrées et des décès de cholériques dans les hôpitaux, ainsi que celui des cas qui se déclarent dans les hospices.

Dès la journée du 20 mars, l'hospice de la Vieillesse, femmes (la Salpêtrière), compte 10 cas nouveaux ; il n'y en avait eu jusqu'alors que 3. Le premier s'était déclaré le 14 mars, suivant ce que rapporte le docteur Barth, l'un des médecins de l'établissement Mais d'où venait ce premier cas ? par quelle personne fut-il offert ? où fut-il traité ? M. Barth n'en dit rien.

Quoi qu'il en soit, on compta, du 19 au 26 mars, à la Salpêtrière, presque autant de victimes que dans tous les hôpitaux réunis. Ceux-ci eurent, dans cet intervalle, 174 cholériques et 89 décès ; l'hospice de la Vieillesse (femmes) seul enregistra 127 cas et 64 décès.

Les autres hopices furent atteints quelques jours plus tard ; mais le nombre des cas y resta proportionnellement très faible.

C'était sur ces cas du début de l'épidémie que des renseignements eussent été précieux au point de vue étiologique. A défaut de ceux que ne donne pas le Rapport de M. l'inspecteur, nous allons emprunter à un ouvrage publié par un médecin distingué des hôpitaux, M. Briquet, quelques détails sur les premiers cas qui se développèrent à l'hôpital de la Charité. « Le 9 mars, on apporta dans la salle Saint-Vincent, du service de M. Andral, la première malade atteinte d'un choléra grave. Elle mourut le 19. Le 14 mars, il entra dans la salle Saint-Ferdinand un jeune homme atteint d'un choléra léger. Le 15, dans la partie de la salle Sainte-Marthe qui communique largement avec la salle où se trouvait la première cholérique, une malade, entrée depuis trois jours pour une légère métrite, qui la veille avait été purgée à raison d'une constipation, et qui se trouvait si bien qu'elle devait sortir le lendemain, fut prise brusquement des accidents cholériques auxquels elle succomba en vingt-quatre heures.

« Du 15 au 19 mars, il s'est produit à la Charité 8 cas de choléra, dont 6 suivis de mort, lesquels se sont exclusivement

développés dans la partie très limitée de l'hôpital où avaient été déposés les deux premiers cholériques venus du dehors...

« Au 30 mars, il y avait eu 53 cas développés dans les salles, contre 22 provenant du dehors. » (*Traité analytique et pratique du choléra-morbus; épidémie de* 1849; par MM. Briquet et Mignot.)

Voilà un spécimen du mode de développement du choléra épidémique dans les hôpitaux. Nous laissons aux lecteurs le soin d'apprécier ces faits, et nous suspendons pour le moment toute conclusion à leur égard.

Le paragraphe du Rapport intitulé : *Développement de l'épidémie* ne nous offre qu'une statistique sans intérêt au point de vue de l'étiologie et du mode de propagation.

Nous y voyons qu'en avril l'épidémie ne se montra ni régulière dans sa marche ni rapide dans ses progrès. Il faut en excepter toutefois l'hospice de la Vieillesse (femmes,) où la première quinzaine d'avril fut l'époque la plus meurtrière de tout le règne épidémique. A domicile et dans les hôpitaux, juin fut le mois le plus funeste incomparablement. Le 10, les déclarations montèrent à 523, maximum de l'épidémie pour les décès d'une journée.

Le paragraphe du Rapport (p. 77) qui traite de l'invasion et du développement de l'épidémie dans les établissements militaires, ne nous apprend rien non plus au sujet des premiers cas. Ici cependant les renseignements eussent été faciles à obtenir. Dans quelles casernes du moins et dans quels corps ces premiers cas ont-ils été observés? Le Rapport nous laisse encore à cet égard dans une ignorance à peu près complète. Il contient cette simple mention : « A partir du 22 mars, on compte régulièrement plu-
« sieurs cas nouveaux chaque jour. Le mois eut 123 malades.
« Ils venaient principalement de l'École militaire et de l'espla-
« nade des Invalides; mais d'autres casernements très éloignés
« de ceux-ci avaient été en même temps atteints par le choléra,
« et en avril presque tous comptèrent des cholériques. »

Nous avons cité précédemment deux cas offerts, dès le 31 janvier et le 1er février, par le 3e bataillon de chasseurs à pied, qui venait d'arriver de Douai à Saint-Denis. Le 11e léger caserné au fort de l'Est, à dix minutes de cette dernière ville, et qui par conséquent se trouvait en contact avec le susdit bataillon, perdait un homme du choléra le 4 mars, un second le 5, un troisième le 9. Nous nous sommes assuré, d'autre part, que l'entrée du premier cholérique décédé au Val-de-Grâce, Homon (Yves), fusilier au 29e de ligne, n'eut lieu que le 12 mars; celle du se-

cond, le 16; du troisième, le 23, etc. (1). Ainsi, dans les troupes, formant l'armée de Paris, le mal débuta, il exerça ses premiers ravages sur le point même où était cantonné un corps venu d'une garnison envahie par le choléra.

2° *Effets du choléra. — Cas déclarés à l'intérieur des hôpitaux.*

Le point le plus épineux à traiter dans l'esprit qui a présidé à la rédaction du rapport, c'est-à-dire avec le parti pris, croyons-nous, de nier l'influence de la contagion, était le point relatif aux cas déclarés à l'intérieur des hôpitaux. « Les atteintes du « choléra (nous citons le Rapport) qui ont été soignées dans les « hôpitaux à cette seconde invasion ont porté pour un quart sur « la population intérieure des établissements, tandis qu'en 1832, « s'il faut en croire les relevés de l'époque, les malades de l'in- « térieur n'ont été que le 23e de ceux venant du dehors. » (p. 87.) Et M. Blondel annonce l'intention de chercher « si l'on « peut attribuer ce développement extraordinaire de l'épidémie « dans les hôpitaux à une autre cause qu'à l'action capricieuse « et irrégulière du choléra. »

Il est tout naturel qu'en temps d'épidémie cholérique on constate des cas sur la partie de la population qui se trouve dans les hôpitaux comme sur la masse des habitants ; « mais, avoue le « Rapport, on ne peut cependant se défendre d'une certaine « préoccupation en voyant le choléra atteindre, dans les hôpi- « taux, 2,402 personnes, alors qu'il n'en a frappé que 35,449 « sur la totalité des habitants. (La population non cholérique des hôpitaux a été, en moyenne, de 4,000 pendant l'épidémie.)

« On se demande, continue-t-il, si la réunion dans les mêmes « salles de tous les malades, cholériques ou non, n'aurait pas eu, « comme l'ont pensé quelques personnes, une conséquence « fâcheuse ; s'il eût été possible de prévenir, par des mesures « administratives, le développement du choléra à l'intérieur des « hôpitaux ; si surtout il n'y aurait pas quelques précautions à « prendre dans ce but lors d'une nouvelle épidémie. » (p. 87, 88.)

La réponse que fait l'auteur à toutes ces questions est néga-

(1) Nous ne mentionnons ici que les cholériques qui ont succombé, et dont nous avons relevé les dates d'entrée sur le registre des décès. Celui des entrées ne portant que la désignation générale : fiévreux, pour tous les malades destinés aux services de médecine, n'offrait aucun moyen de reconnaître les cholériques qui ont survécu.

tive ; son travail semble avoir effectivement pour objet d'écarter l'idée qu'il eût été possible d'agir autrement qu'on ne l'a fait. Les raisons qu'il donne de son opinion ne nous paraissent rien moins que péremptoires.

Le Rapport constate, par exemple, qu'au premier mois de l'épidémie, en mars, il y a presque égalité entre les cas extérieurs et les cas intérieurs ; qu'en avril, les cas intérieurs sont la moitié des cas extérieurs ; en mai, le cinquième ; en juin, le sixième ; en juillet et août, les deux tiers ; qu'en septembre, il y a de nouveau égalité ; qu'en octobre enfin, les cas déclarés à l'intérieur ont été trois fois plus nombreux qu'à l'extérieur. (p. 90.)

La conséquence que l'auteur du Rapport tire de ces variations, c'est que « la proportion des cas intérieurs est d'autant plus « faible qu'on s'approche du plus grand degré d'intensité de « l'épidémie, et de plus, qu'elle est en raison inverse du nombre « des cholériques apportés du dehors. » De ceci M. Blondel se fait un argument contre l'idée d'une filiation quelconque entre les cas de choléra qui se sont déclarés à l'intérieur des hôpitaux et la présence des cholériques venant du dehors, *puisque*, dit-il, *les premiers n'augmentent pas à mesure que ceux-ci se multiplient.*

Mais pour que cette dernière condition pût se réaliser, il faudrait que la population des hôpitaux fût dévorée tout entière (1). Comment, pour peu qu'on y réfléchisse, ne comprend-on pas que, si le mal est susceptible de se transmettre des individus atteints à ceux qui se trouvent dans leur voisinage, il doit arriver qu'au début de l'épidémie, lorsque seulement un, deux, trois sujets ayant pris le germe du choléra au dehors, sont placés au milieu de plusieurs centaines de malades ordinaires dans les hôpitaux, ils le communiqueront à un certain nombre de ceux-

(1) « Lorsqu'en mai, dit le Rapport, les cas du dehors augmentent de 789 « à 2,060, les cas intérieurs ne s'élèvent que de 306 à 437 ; puis au mois de « juillet, les premiers diminuent de 3,090 à 344, les seconds descendent seu- « lement de 486 à 279. » (P. 90.) M. l'inspecteur de l'assistance n'y a donc pas réfléchi : les 2,060 cas extérieurs que mai a fournis proviennent de toute la partie de la population qui recourt à l'hôpital pour le traitement du mal épidémique, soit le tiers au moins de la population totale de Paris, ou 330,000 personnes. Les 437 cas intérieurs que le même mois à comptés proviennent exclusivement de la population non-cholérique des hôpitaux, dont le chiffre à cette époque était au-dessous de 4,000. Or le nombre 2,060 n'est pas le 150e de 330,000, et le nombre 437 est plus du 10e de 4,000. Quelle énorme disproportion !

ci ; et il en résultera que, dans l'origine, il se déclarera une proportion très forte de cas à l'intérieur autour des premiers cholériques admis. A mesure, au contraire, que le principe épidémique s'étend de proche en proche sur la masse de la population du dehors, les cas intérieurs, fournis par une population restreinte comme l'est celle des établissements hospitaliers, ne pourront plus faire équilibre aux cas extérieurs. Plus ceux-ci se multiplient dans les salles, moins les sujets qui les offrent auront chance d'y rencontrer pour voisins de lit des malades ordinaires, c'est-à-dire des individus auxquels le mal épidémique puisse être communiqué (1). Le Rapport lui-même le constate : « Le plus grand nombre des vacances de lits dans les hôpitaux coïncide avec les mois les plus meurtriers. » Ce qui veut dire qu'en temps de choléra le peuple a la sagacité de fuir l'hôpital et de n'y aller que le moins possible pour le traitement des affections communes. — Enfin, lorsque dans la ville l'épidémie commence à s'éteindre, — au sein des hôpitaux où il se maintient des foyers par suite de la présence des cholériques en traitement, au sein des hôpitaux le mal persiste davantage, et l'on remarque de nouveau que le nombre des cas intérieurs égale et même surpasse celui des cas extérieurs. Tout cela s'explique parfaitement dans l'hypothèse d'un principe transmissible des individus atteints aux personnes qui se trouvent dans leur atmosphère : où il séjourne des cholériques, là des foyers de choléra se maintiennent. Cela s'est vu notamment à l'infirmerie de la Salpêtrière, où il se déclara 68 cas en mai, bien que l'épidémie eût presque disparu dans le reste de l'hospice. Quelle induction tirer de ces faits, sinon que le principe morbifique est inhérent aux sujets

(1) C'est ce qui explique pourquoi la proportion des cas intérieurs non-seulement n'est pas toujours en raison des cas extérieurs, mais se trouve parfois en raison inverse du nombre de ces derniers. Si un hôpital a 80 p. 100 de ses lits occupés par des cholériques venus du dehors, il est clair que le rapport des cas intérieurs sera faible, puisque les sujets susceptibles de prendre la maladie à l'intérieur de l'établissement ne seront à ceux qui l'ont prise au dehors que dans la proportion 1 : 8. Aussi n'était-ce pas la proportion des cas intérieurs aux cas extérieurs qu'il importait d'établir, mais surtout celle des cas développés à l'intérieur au nombre des malades ordinaires mis en communication avec les cholériques dans chaque hôpital. Or ce dernier point de vue est complétement omis dans le travail de M. Blondel. L'auteur s'attache uniquement à la proportion des cas du dedans aux cas du dehors, et il en tire une induction très-mal fondée, à savoir que « le développement du choléra dans les hôpitaux a été indépendant de la présence des cholériques amenés du dehors. » (P. 94.)

affectés de la maladie, entretenu et transmis par eux et par leurs excrétions ou émanations diverses?

Une autre observation du Rapport non moins significative, c'est que les cas intérieurs ont suivi les mêmes périodes croissantes et décroissantes que l'épidémie générale, *mais plus lentement*; c'est-à-dire que le maximum des cas intérieurs survient deux, trois ou quatre jours après le maximum des cas extérieurs ou des entrées de cholériques dans les hôpitaux. Cette particularité a été constatée par M. le docteur Briquet, à la Charité, et interprétée par lui dans le sens de la transmission. Chaque fournée de cholériques venue du dehors était suivie, à 24, 48 ou 72 heures d'intervalle, d'une recrudescence de l'épidémie dans les salles. Ceci est encore on ne peut plus clair dans l'hypothèse de la transmission. L'intervalle de temps qui sépare le moment du maximum des cas extérieurs de celui des cas intérieurs représente le temps nécessaire à la transmission et à l'incubation du principe morbifique. C'était, nous dit encore le médecin de la Charité cité plus haut, c'était le plus souvent vers le troisième jour de leur entrée dans les salles où se trouvaient des cholériques qu'étaient attaqués du choléra les malades ordinaires. Et M. Briquet ajoute (p. 99 de son livre) : « Il n'est resté dans nos salles que *trois* malades qui aient résisté à l'épidémie !»

Revenons au Rapport de M. l'inspecteur de l'assistance publique. Les faits y sont partout présentés de manière à obscurcir et à embrouiller la question du mode de propagation de la maladie ; il est cependant facile, avec un peu d'attention, de rendre à ces mêmes faits leur portée légitime.

Les cas intérieurs ont été, en moyenne, le tiers des cas extérieurs. La proportion a varié d'hôpital à hôpital. Elle n'est pas, fait remarquer le Rapport, en raison du nombre des cholériques traités dans les maisons. Cochin n'a eu que 2 0/0 ; la Charité, au contraire, 30 0/0 de cas certains, c'est-à-dire déclarés plus de cinq jours après l'entrée des malades à l'hôpital.

En prenant ce terme de cinq jours, on réduit singulièrement le chiffre des cas intérieurs, puisque tout à l'heure nous avons vu que M. Briquet, d'accord en cela, croyons nous, avec la plupart de ses collègues des hôpitaux, avait observé que les malades nouveaux étaient pris le plus souvent vers le troisième jour depuis leur entrée à l'hôpital. Quoi qu'il en soit, la Charité est un des établissements hospitaliers dans lesquels on a compté le plus de cas intérieurs (448, suivant M. Briquet, contre 477 venus du dehors, c'est-à-dire près de moitié). Or, les salles de la Charité communiquent toutes entre elles sans aucune séparation

tion : disposition éminemment propre à généraliser un mal contagieux.

« La Charité, est-il dit dans le Rapport, a eu dans des salles réservées, sur 90 lits, 53 cas intérieurs.» Mais là où tous les services communiquent entre eux, que signifient, nous le demandons, des salles réservées ?

« A la Pitié, c'est toujours le Rapport que nous citons, on les voit (les cas intérieurs) six fois plus nombreux que les cas extérieurs dans un service de chirurgie où l'on a mis peu de cholériques du dehors, et dans d'autres ils sont à peine le dixième. »

Il y a pour nous quelque chose d'obscur dans ce passage. Nous avons peine à nous expliquer comment un service de chirurgie a pu donner lieu à une proportionnalité quelconque entre les cas intérieurs et les cas extérieurs. Dans un service chirurgical, nous ne concevons guère qu'il se soit rencontré d'autres cas de choléra que ceux qui sont survenus chez des blessés en traitement, tous cas par conséquent ayant dû se déclarer à l'intérieur des salles. Si, à tout prendre, il a fallu, par suite d'une nécessité quelconque, admettre en chirurgie des cholériques du dehors, ces derniers y ont été à coup sûr beaucoup moins nombreux relativement que dans les services de médecine. La proportion des cas intérieurs a donc dû, de toute façon, y rester prédominante. Qu'est-ce que cela prouve contre la transmissibilité du mal ? Grâce à M. Briquet, nous savons qu'à la Charité même, bien que les salles de chirurgie n'y soient séparées de celles de médecine que par un simple vitrage et qu'on soit obligé de passer par les secondes pour arriver aux premières, nous savons, disons-nous, qu'en chirurgie la proportion des cas de choléra constatés à l'intérieur a été plus de moitié moins considérable qu'en médecine ; ainsi du 16 mars au 30 septembre 1849, on a eu dans cet hôpital : en chirurgie, 1 cholérique sur 15 blessés et sur 3 lits ; en médecine, 1 cholérique sur 7 malades et sur moins d'un lit. Que serait-ce si nous rapprochions de ce résultat ce qui a été observé ailleurs ? A Brest, par exemple, la salle des blessés de l'hôpital du bagne, qui n'est séparée que par un couloir de 4 mètres de long de la salle des fiévreux dans laquelle étaient reçus les cholériques, la salle des blessés n'offre pas un seul cas de choléra pendant toute la durée de l'épidémie, tandis que les fiévreux payent un assez ample tribut au voisinage plus immédiat qu'ils ont à subir. Ici nulle possibilité de communication entre les malades des deux salles, enchaîné qu'est chacun d'eux à son lit. Nous n'apercevons pas, quant à nous, de meilleure

raison de l'immunité complète dont les blessés de l'hôpital du bagne ont joui.

Mais continuons l'examen des faits ou plutôt des arguments allégués dans le Rapport de M. l'inspecteur Blondel contre l'idée d'une filiation entre les cas de choléra de l'intérieur des hôpitaux de Paris et la présence des cholériques du dehors.

« Les cas intérieurs ont parfois devancé les cas extérieurs. »

Il eût été nécessaire de nous donner l'historique particulier de ces cas intérieurs primitifs. Ont-ils porté sur des malades entrés depuis peu de jours et ayant pu apporter du dehors le principe du mal épidémique, ou bien encore sur des malades ayant fait une sortie les jours qui ont précédé l'attaque ou ayant eu des rapports avec le personnel des autres salles dans lesquelles se trouvaient des cholériques? Aucune de ces indications essentielles ne se rencontre dans le Rapport. Sur quoi donc peut-il fonder cette conclusion : « Que le développement du choléra à « l'intérieur des hôpitaux a été indépendant de la présence des « cholériques amenés du dehors? » (p. 94.)

En opposition à cette conclusion, nous citerons des faits constatés dans d'autres villes. Ainsi à Rennes, à Blois, villes qui ont beaucoup souffert du dernier choléra, l'hôpital général, dans lequel il ne fut point admis de cholériques du dehors, n'offrit pas un seul cas de choléra, tandis que les autres établissements hospitaliers (l'Hôtel-Dieu de Blois surtout) qui avaient reçu des cholériques, eurent un nombre considérable de leurs malades ordinaires attaqués de l'épidémie.

Les cas intérieurs ont été dans les divers hôpitaux de Paris relativement aux cas extérieurs : à Cochin le trentième, à Necker le dixième, à Saint-Louis le sixième, à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié le quart, à Bon-Secours, à Saint-Antoine, à Sainte-Marguerite et à Beaujon le tiers, à la Maison de santé les deux cinquièmes, aux Cliniques le double.

De si grandes différences entre les hôpitaux quant à la proportion de leurs cholériques intérieurs correspondraient-elles, comme l'ont présumé quelques personnes, aux divers degrés d'intensité qu'a présentés le choléra dans chaque quartier ? Non, évidemment (c'est nous qui répondons, mais c'est M. Blondel qui nous fournit les motifs de cette réponse), non évidemment, car l'Hôtel-Dieu et la Pitié, dont les quartiers dirigeaient sur les hôpitaux 1 malade sur 68 habitants et 1 sur 86, ont eu moins de cas intérieurs que la Charité, dont le quartier a donné 1 sur 167, que Beaujon, dont les environs ont produit 1 sur 221. (Rapport, p. 93.)

Ces différences dépendraient elles des circonstances spéciales qui tiennent aux établissements mêmes, telles que leur position, la nature de leurs services et l'étendue de leurs salles? L'auteur du Rapport annonce que l'examen comparatif de toutes ces circonstances ne peut faire seulement supposer pourquoi tels établissements ont eu un aussi grand nombre de cas intérieurs, tandis que d'autres en ont compté beaucoup moins. « Rien, con-« tinue-t il, n'explique pourquoi le développement des pre-« miers a été beaucoup plus sensible en 1849 qu'en 1852, pour-« quoi il a été si difiérent suivant les établissements, et l'on est « réduit à se demander si ce ne serait pas encore là un des « inexplicables effets du fléau devant lesquels tous les efforts de « l'administration sont destinés à échouer. » (p. 94.)

Obscurantisme et *fatalisme* partout, toujours! On dirait que c'est le mot d'ordre des publications officielles concernant le choléra.

M. l'inspecteur de l'assistance publique ajoute cependant : « Si le malheur veut que nous ayons encore à lutter contre une « troisième invasion, l'administration charitable, prévenue à « l'avance, pourra tenter une série d'essais qui amèneront sans « doute à reconnaître les causes générales et particulières par « lesquelles le choléra se développe spécialement dans les hôpi-« taux. »

Si quelque chose a lieu d'étonner, après l'aveu, répété presque à chaque page du Rapport, de l'ignorance absolue dans laquelle les deux premières invasions du choléra ont laissé l'administration sur la marche et le mode de propagation du fléau, si quelque chose a lieu d'étonner, disons nous, c'est l'assurance avec laquelle M. l'inspecteur prédit qu'une troisième invasion de l'épidémie cholérique fournira sans faute à l'administration les lumières qui lui ont si complétement échappé jusqu'ici.

Eh quoi! nous avons subi deux grandes épidémies dont chacune a eu huit mois pleins de durée dans la capitale et lui a enlevé une vingtaine de mille habitants, épidémies qui ont moissonné dans toute la France environ 300,000 personnes; ces grandes calamités, qui n'ont de comparable que la peste noire du quatorzième siècle, ne vous ont, c'est vous qui en convenez, rien appris, non pas même le premier mot des graves questions que soulève la présence, dans nos contrées, du choléra épidémique; elles n'ont été pour vous l'occasion d'aucun essai méthodique et rationnel, d'aucun enseignement profitable, et vous nous promettez monts et merveilles d'une troisième visite du fléau! Allons donc (1)! En restant dans les errements suivis par

(1) Le seul essai qui soit spécifié dans le Rapport se trouve exposé ainsi qu'il

l'administration en 1832 et 1849, notre malheureux pays compterait autant d'épidémies de choléra que l'Inde elle-même qu'il ne serait pas plus éclairé qu'au premier jour sur les moyens efficaces à opposer à ce mal redoutable.

Les avertissements n'avaient pas manqué à l'administration dès avant 1832. Les rapports si remarquables de M. Moreau de Jonnès au conseil supérieur de santé avaient précédé la première apparition, dans notre France, du typhus asiatique. En prévision de l'arrivée du choléra, la commission médicale de 1831 avait arrêté des mesures auxquelles, pour des raisons que nous apprécierons, si l'espace le permet, l'administration n'essaya pas même de donner suite.

Il nous reste à considérer comme se rattachant à la question du développement et de la propagation du choléra dans les établissements charitables, le paragraphe qui traite des effets du choléra sur le personnel de ces établissements.

Après avoir payé un juste tribut d'hommages aux victimes que l'épidémie a frappées dans les divers services des hôpitaux et hospices, le Rapport nous apprend que leur nombre ne s'élève pas à moins de 147, et qu'on arrive à un total de 187, en comprenant les décès des parents ou serviteurs d'employés. Le service administratif a perdu 2 directeurs et 5 employés, le service de santé 6 élèves, le culte 1 aumômier, le service des salles 87 personnes, les services généraux 46, et enfin les parents et serviteurs d'employés 40.

Les 187 décès dans le personnel se répartissent ainsi : 140 à la Vieillesse-Femmes, qui a compté 1,859 cas de choléra, 32 à la Vieillesse-Hommes, qui a eu 432 cas ; 8 à Lourcine (166 cas) ; 7 à l'Hôtel-Dieu (2,676 cas) ; 6 à la Charité (1,008 cas), etc.

M. Blondel fait observer qu'il n'a existé aucun rapport entre les cas de choléra qui ont atteint le personnel administratif et le nombre des cholériques traités dans les établissements, circonstance qui n'a pas autant de valeur qu'il paraît lui en accorder dans le sens de la non-transmission. Ce n'est point toujours parce qu'il se rencontrera dans les salles d'une maison, un peu plus ou

suit dans une note de la page 136 : « Il fut fait (à la Salpêtrière), sur la proposition de M. Flon, membre du conseil municipal, des fumigations d'ammoniaque dans les salles, mais sans qu'on pût en constater d'une manière définitive les effets. » Nous ne pensons pas que l'agent auquel on s'adressait en cette circonstance fût propre à neutaliser les miasmes cholérigènes ; mais pourquoi n'avoir pas persévéré dans cette voie d'essai, en variant la nature des gaz employés dans un but de préservation?

un peu moins de sujets atteints d'un mal transmissible, que les divers employés seront plus ou moins exposés à le prendre. Cela dépendra de la fréquence et de la durée des communications entre eux et les malades, quelquefois de la disposition des logements qui, par exemple, mettent les employés sur le passage des entrants. Ainsi nous trouvons consignée dans le rapport la particularité suivante relative à l'hospice de la Vieillesse-Hommes, le seul de tous les hospices qui ait reçu des cas extérieurs et qui en reçut 129 : « Il est à remarquer que, dans un bâtiment *qui est placé à l'entrée de l'hospice* et où logent quelques familles de serviteurs-ouvriers, on a compté autant de malades que d'habitants, et malheureusement presque autant de décès que de malades. » (p. 125.)

Voilà une catégorie d'individus rangés parmi ceux qui n'ont point de contact avec les cholériques. Or, la situation de leurs logements les exposaient autant, pour le moins, à l'influence cholérigène que les infirmiers attachés aux salles. On voit donc qu'il ne faut pas attribuer une trop grande importance à cette observation du Rapport, « que la multiplicité des contacts avec les cholériques ne paraît pas avoir aidé au développement du mal. »

En résumé, il y a eu pour les employés, leurs parents ou serviteurs, à la Vieillesse Hommes, 1 cas de choléra sur 10 personnes ; à la Vieillesse Femmes, 1 cas sur 3 personnes. Et, à ne tenir compte que des employés eux-mêmes, déduction faite des parents et serviteurs, nous voyons que les décédés sont à la totalité du personnel :

A la Vieillesse (femmes),	dans le rapport de		74 à 476,	ou 15 p. 100
— (hommes),	—	—	25 à 350,	ou 7 p. 100
A l'Hôtel Dieu,	—	—	7 à 194,	ou 3,6
A la Pitié,	—	—	7 à 130,	ou 5,3
A la Charité,	—	—	6 à 107,	ou 5,6
A Lourcine,	—	—	5 à 56,	ou 9
A Saint-Antoine,	—	—	4 à 72,	ou 6

Faisant le total et prenant la moyenne, on a pour les 7 établissements : 128 décédés sur 1,385 employés, soit 1 sur un peu moins de 11 (sur 10,82) ou 9,24 p. 100.

Aussi, malgré toute sa bonne volonté d'éluder la conséquence qui ressort de ces chiffres, l'auteur du Rapport est-il forcé d'aboutir à l'aveu que voici : « On ne saurait nier, toutefois, que « le personnel n'ait été atteint dans une toute autre proportion « que le reste des habitants de la ville, car le choléra n'a enlevé

« à domicile qu'un individu sur 65 ou 1,50 p. 100. Il y a donc « une disproportion frappante, et puisque les faits observés ten- « dent à prouver qu'elle ne tient pas à la présence des choléri- « ques ni aux rapprochements qu'on a eus avec eux, nous cher- « chons, mais en vain, à nous expliquer cette mortalité qui « varie beaucoup suivant les maisons. »

On a pu juger par tout ce qui précède du fondement de cette allégation incessamment reproduite dans le Rapport, que les ravages du choléra parmi les employés et les malades ordinaires des hôpitaux, n'ont pas tenu à la présence des cholériques.

Ce n'est pas tout : la proportion d'un individu sur 65 n'est pas exacte. Nous lisons dans le paragraphe qui a pour titre : *Effets à domicile*, qu'il est mort du choléra : 1 habitant sur 126 dans les 1er et 2e arrondissements, 1 sur 127 dans le 3e, 1 sur 108 dans le 4e, 1 sur 93 dans le 5e, 1 sur 92 dans les 6e et 8e, 1 sur 86 dans le 7e, 1 sur 69 dans le 9e, 1 sur 79 dans le 10e, 1 sur 123 dans le 11e, 1 sur 48 dans le 12e. En moyenne 1 habitant sur 91 personnes. (p. 95.)

Ce n'est (le Rapport lui-même en fait la remarque) qu'en réunissant aux décès à domicile ceux des hôpitaux, qu'on arrive à la moyenne générale d'un mort sur 65 habitants. Si donc on veut comparer la mortalité dans le personnel du service des hôpitaux à la mortalité à domicile, on a la proportion : 1 sur moins de 11, en regard de la proportion : 1 sur 91. Quelle effroyable différence ! Qu'on nous cite donc encore l'expérience des hôpitaux de Paris en témoignage de la non-transmission du choléra et de l'innocuité du voisinage des cholériques !

C'est trop longtemps sacrifier la vérité et par conséquent l'intérêt réel de nos semblables à une fausse vue d'humanité, à des craintes d'abandon singulièrement exagérées. Non, il n'y aura pas plus abandon des malades que par le passé, parce qu'on sera averti qu'il y a certaines précautions à prendre dans l'entourage des cholériques. Loin de là, l'emploi de ces précautions qu'on a si complétement négligées, surtout dans la dernière épidémie de Paris, en diminuant considérablement le nombre des victimes parmi les personnes dévouées qui soignent les maladies, inspirera une sécurité que ne pouvaient entretenir les assurances trop ouvertement démenties par les faits.

L'influence des âges, des sexes, des professions, des demeures, etc., quant aux effets de l'épidémie, offrait un sujet d'études intéressant. M. Blondel a réuni sur tous ces points de nombreux renseignements, dont quelques uns, il est vrai, laissent encore à désirer. L'auteur nous donne avec détail la morta-

lité relative sur les cholériques de chaque profession admis dans les hôpitaux ; mais ce qu'il importait plus de connaître, selon nous, c'était la proportion des cas suivant les professions diverses. Or rien de suffisamment précis, à cet égard, dans le Rapport sur l'épidémie de 1849. Il y a bien un tableau 22 présentant un aperçu des professions auxquelles appartenaient les malades traités dans les établissements charitables et distinguant les professions suivant qu'elles s'exercent à l'abri des intempéries ou en plein air; mais les ouvriers y sont classés en catégories générales d'après la matière qu'ils travaillent, métaux, bois, cuir, etc. Il a dû en résulter des rapprochements entre des occupations et des conditions d'existence totalement différentes.

Cherchez ce qui concerne telle profession particulière, signalée dans d'autres villes comme ayant fourni une forte proportion de cas, par exemple celle des blanchisseuses et lavandières. Non-seulement vous ne trouvez rien qui leur soit spécial dans les tableaux annexés au Rapport, mais vous ne pourrez même savoir, autrement que par conjecture, dans laquelle de ses catégories générales, l'auteur a rangé les femmes de cette profession.

Quoi qu'il en soit, voici quelques-uns des relevés qu'il donne :

Les professions infimes ont produit 3,700 cholériques, 1,584 hommes, 2,116 femmes et 1,968 décès, dont 908 masculins, 1,060 féminins. L'excédant que présentent ici les femmes tient à la classe des domestiques, qui compte 843 femmes contre 87 hommes.

Parmi les professions industrielles, les ouvriers en étoffes ont payé un large tribut : 1,315 cas et 656 décès, dont 578 femmes.

La mortalité la plus forte a été sur les femmes travaillant en chaussures : il en est succombé 42 sur 47. (p. 99.)

Dans les professions commerciales, les garçons boulangers et marchands de vin ont été les plus maltraités. Ce n'est que sur les coiffeurs que la mortalité s'écarte de la moyenne ; elle n'est que de 15 individus sur 43.

Passant à l'influence des hôpitaux sur la mortalité, nous voyons celle-ci de 44 0/0 à l'Hôtel-Dieu, de 49 à Saint-Louis, de 56 à Beaujon, de 59 0/0 à la Charité.

Beaujon occupe une belle situation au haut du faubourg du Roule ; mais il présente une série de petites salles qui fournissent pour la plupart moins de cubes d'air à chaque malade que les grandes salles de Saint-Louis et de l'Hôtel-Dieu. La Charité, qui a la mortalité la plus forte, est aussi, de tous ces établisse-

ments, le plus encaissé, le moins ventilé, celui dont toutes les salles sont le plus en communication les unes avec les autres. (p. 84.)

Comme si l'auteur craignait de fournir une observation de laquelle on pût être tenté de conclure quelque chose, il ajoute immédiatement en note : On verra qu'à la Vieillesse-Femmes, c'est précisément dans les bâtiments les moins ventilés que le choléra a le moins sévi.

Mais il n'y a aucune analogie entre les choses que l'auteur compare. Il s'agit, pour ce qui concerne la Charité et les autres hôpitaux, de la proportion des morts au nombre des cholériques traités ; il s'agira, pour l'hospice de la Vieillesse-Femmes, qui n'admettait pas de cholériques du dehors, uniquement des cas déclarés à l'intérieur. Dans cet hospice, en effet, la salle des reposantes ou Mazarin, avec seulement 2 mètres 28 centimètres cubes d'air par lit, n'a compté que 58 cas sur 257 lits, soit 1 sur 558, et le bâtiment Saint Charles, avec 18^{m},89 d'air par lit, a eu 160 cas sur 439 lits, soit 1 sur 2,74 ; le bâtiment Rambuteau (aliénés), avec 22^{m},91 d'air par lit, a eu, sur 205 lits, 80 cas, 1 sur 2,56. Là encore des bâtiments à même exposition ont offert, les uns des résultats favorables, les autres des résultats défavorables. C'est dans les salles les moins ventilées, les plus encombrées (bâtiments Saint-Léon, Saint-Vincent et de l'Ange-Gardien), que l'épidémie a frappé le moins de personnes.

Mais en quoi cette répartition des cas dans les bâtiments de l'hospice de la Vieillesse-Femmes, indépendamment de la quantité d'air que chacun d'eux présente par lit et des autres conditions d'aération, peut-elle infirmer l'observation qui montre que, relativement aux cholériques traités dans les hôpitaux, la mortalité a été plus forte dans ceux de ces établissements qui offrent le moins de volume d'air par lit et qui sont le moins ventilés.

Si le choléra, dans sa seconde invasion, sévit sur des établissements, sur des localités qu'il avait épargnés lors de sa première apparition; s'il a exercé ses ravages sur les hauteurs comme dans les plaines et dans les vallées, comment ne voit-on pas qu'il y a là un élément étranger aux conditions topographiques et architecturales? et cet élément tient à la présence des cholériques mêmes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE NATIONALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

Cause de l'existence du sucre dans les urines.

M. Alvaro Reynoso communique une note sur l'une des causes de l'existence du sucre dans les urines. Dans une note précédemment communiquée à l'Académie, M. A. Reynoso avait cherché à établir qu'il existe une liaison entre les phénomènes respiratoires et la présence du sucre dans les urines, de telle sorte que toutes les substances qui ralentissent la respiration en diminuant l'hématose produite dans le poumon sont autant de causes qui pourraient déterminer le passage du sucre dans les urines. Suivant ce principe, ajoutait M. A. Reynoso, on doit trouver du sucre dans les urines des individus soumis à des traitements hyposthénisants. C'est ce qu'il se propose de démontrer dans ce nouveau travail. Pour énumérer en un mot tous les agents hyposthénisants, dit M. Alvaro Reynoso, nous n'aurons qu'à citer la belle généralisation de M. E. Robin. D'après lui, les substances qui, après la mort, préservent de la combustion lente, effectuée par l'oxygène humide, sont à des degrés différents des hyposthénisants pendant la vie, par exemple, les sels métalliques, les éthers, les sels de quinine et en général les narcotiques.

Ayant examiné les urines de personnes soumises à des traitements de bichlorure, iodure et sulfure de mercure, sels d'antimoine, opium et sulfate de quinine, M. A. Reynoso a trouvé du sucre.

Il se réserve de voir au bout de combien de temps, après la cessation des traitements ci-dessus, le sucre disparaît complétement des urines, et s'il y a coïncidence entre sa disparition et la complète élimination du médicament.

Sur le rapport que les végétaux comme les animaux présentent entre la quantité de vie et la quantité de combustion, et sur la cause essentielle de l'influence exercée par la chaleur dans la végétation.

M. Ed. Robin adresse sous ce titre la note suivante :

Dans une note précédente, je m'étais proposé, dit M. Robin, de prouver que, chez les végétaux comme chez les animaux, la combustion

lente par l'oxygène humide s'effectue dans toutes les parties douées de vie, éclairées ou dans l'obscurité ; qu'elle est, pour les végétaux, le seul acte véritablement respiratoire, et que la décomposition d'acide carbonique n'est encore pour eux qu'un nouveau mode de respiration de l'oxygène humide auquel se joint un acte de nutrition. Je vais plus loin dans la nouvelle note que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie ; les faits qu'elle présente me semblent montrer que la quantité de vie des végétaux est toujours en rapport avec la quantité de combustion qu'ils subissent. En sorte que la combustion se montre toujours, et de plus en plus, comme le principe de la vie dans les végétaux, ainsi que, d'après mes recherches antérieures, elle s'était manifestée comme le principe de la vie dans les animaux, de même qu'elle est la cause essentielle et constamment nécessaire de la putréfaction dans toutes les matières organisées, la source unique où tous les ferments puisent incessamment leur activité.

Quant à la question de savoir pourquoi, bien que toujours agent de combustion lente, l'oxygène humide exerce un rôle si différent pendant la vie et après la mort, je l'ai résolue ainsi :

Pendant la vie de l'animal, pendant celle du végétal, la combustion s'opère sur des parties qui se renouvellent et, par suite, qui offrent à son action un aliment toujours nouveau, toujours suffisant ; ces parties protégent le reste de l'organisme contre la combustion lente qui l'atteindrait bientôt. Alors la combustion est entièrement bienfaisante ; la chaleur, l'électricité ou le fluide vital qui en résulte devient l'agent qui met en jeu la machine organisée, la force qui l'anime, le principe de sa vie.

Après la mort, et dès que la température est suffisante, l'oxygène humide exerce, comme pendant la vie, son action comburante et sur les matières animales et sur les matières végétales ; mais, outre que l'activité de la combustion n'est pas la même dans l'un et l'autre cas, l'action s'opère après la mort sur des parties qui ne se renouvellent plus. La combustion, au lieu de rester limitée, envahit le mécanisme entier ; elle en opère la désorganisation, la transformation générale, qu'on nomme putréfaction. De là naissent l'humus, les matières ammoniacales, l'acide carbonique et une portion de la chaleur nécessaire à l'existence des végétaux.

En résumé, la vie de tous les êtres organisés naît de la combustion lente, et se tient en rapport avec elle ; la chaleur n'exerce son influence générale sur la végétation, sur les engrais et sur la vie des animaux qu'en régissant les phénomènes de combustion lente exercée par l'oxygène humide. La découverte de ce principe, si je ne m'abuse, ne sera pas seulement le point de départ d'une transformation considérable dans les notions physiologiques relatives aux animaux et aux végétaux,

d'une réforme importante en thérapeutique ; il fera naître encore une nouvelle branche de culture pour les végétaux, celle qui aura pour but de remplacer autant que possible par des agents chimiques tantôt modérateurs, tantôt excitateurs de la combustion lente par l'oxygène humide, le rôle tantôt modérateur, tantôt excitateur que, par l'intermédiaire de la même combustion, la chaleur exerce dans la végétation comme dans la vie des animaux. (Commissaires : MM. Magendie, Payen, Gaudichaud.)

Nouveaux agents propres à remplacer les mercuriaux comme antisyphilitiques.

M. E. Robin adresse, en outre, une note sur de nouveaux agents propres à remplacer les mercuriaux comme antisyphilitiques, suivie de recherches expérimentales par M. le docteur Vicenti.

Dans une note précédente, l'auteur avait énoncé l'idée suivante, savoir : que dans les maladies syphilitiques, les mercuriaux n'ont point un mode d'action particulier ; qu'ils agissent en se combinant avec le virus et le transforment en composé nouveau, inerte dans la circulation. Nombre de substances, ajoute M. Robin, font des composés analogues avec les matières organisées ; nombre de substances doivent avoir, comme les mercuriaux, le pouvoir antisyphilitique, et, d'après mes recherches, toutes celles qui ont été mises en usage avec un véritable succès, appartiennent en effet à la classe qui vient d'être désignée, c'est-à-dire à celle des antiputrides par combinaisons.

De là l'explication des propriétés antisyphilitiques des arsénicaux, des préparations d'or, d'argent, de plusieurs composés de fer, d'antimoine ; de là aussi la possibilité de remplacer les mercuriaux par des substances organiques qui, probablement, auront moins d'inconvénients.

Parmi les composés métalliques inusités dans ces maladies, ceux dont l'essai me paraîtrait offrir le plus d'intérêt, sont : le bichromate de potasse, le sesqui-chlorure de fer, etc.

Sur mon invitation, un praticien très exercé, M. le docteur Vicenti, a bien voulu étudier expérimentalement l'action du bichromate de potasse. Une première observation a été publiée dans la *Gazette des hôpitaux* (19 juin 1851, page 283) ; une seconde, relative à une guérison rapidement obtenue sans aucune intervention des mercuriaux, et dans un cas très grave, vient de m'être communiquée.

D'après les faits que j'ai observés, dit M. Vicenti :

1° Il est hors de doute pour moi que le bichromate de potasse est antisyphilitique et agit avec plus d'énergie et de rapidité que les préparations mercurielles.

2° Dans les trois cas où j'ai administré ce nouvel agent thérapeutique,

aucun des malades n'a éprouvé le moindre accident, si ce ne sont quelques nausées au commencement, surtout quand ils négligeaient de boire de l'eau après la pilule pour en éviter l'effet local, légèrement caustique; mais avec cette précaution et l'addition d'opium, comme correctif, l'estomac a bientôt toléré le bichromate de potasse, dont la parfaite solubilité dans l'eau permet l'administration en potions et en pilules.

Les pilules que les malades ont prises après une première digestion n'ont jamais provoqué de nausées ni de vomissements, sans doute parce que l'estomac est alors bien moins irritable qu'à l'état de jeûne.

3° Le bichromate de potasse étant bien soluble, son absorption dans l'économie est complète presque instantanément; de là vient la rapidité de son action thérapeutique à la dose de 1/4 de grain.

4° Le bichromate de potasse ne m'a pas semblé antiplastique comme le mercure; il n'a produit ni salivation, ni diarrhée, ni aucun phénomène particulier.

5° En conséquence de tout ce que nous avons dit, si des faits ultérieurs confirment de plus en plus l'action antisyphilitique du bichromate de potasse, il est hors de doute que cet agent remplacera avantageusement le mercure. (Commissaires : MM. Roux, Andral et Lallemand.)

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

Études expérimentales sur les effets des matières virulentes ingérées dans les voies digestives de l'homme et des animaux.

M. Renault, directeur de l'École d'Alfort, lit sous ce titre un mémoire qu'il résume lui-même dans les conclusions suivantes :

Des expériences rapportées dans ce mémoire, il résulte :

1° Que le chien et le porc peuvent manger, sans danger pour leur santé, tous les produits de sécrétion, quels qu'ils soient; tous les débris cadavériques, cuits ou non cuits, provenant d'animaux affectés de maladies contagieuses dont il a été question dans ce travail, à savoir : La morve; la maladie charbonneuse, dite sang de rate; — La rage, le typhus contagieux et la péripneumonie des bêtes bovines; l'épizootie contagieuse des gallinacés.

2° Qu'il en est de même pour les poules, à l'égard des mêmes maladies; à l'exception peut-être de celle qui leur est propre, et sur laquelle il serait nécessaire, avant de se prononcer, d'expérimenter hors de l'atmosphère épizootique, ce que je n'ai pu faire dans les circonstances où je me suis trouvé.

3° Que les matières virulentes de la morve et du farcin aigus, qui perdent complétement leurs propriétés contagieuses dans les voies digestives

du chien, du porc et de la poule, les conservent, bien que moins énergiques, dans les voies digestives du cheval.

4° Que la matière virulente du sang de rate, que peuvent manger, sans inconvénient, le chien, le porc et la poule, donne souvent lieu à des accidents charbonneux, quand elle est avalée par des herbivores tels que le mouton, la chèvre et le cheval.

5° Que cette immunité à l'égard de la contagion, dont jouissent les carnivores et les omnivores alimentés avec des matières virulentes, alors que celle-ci peuvent produire tous leurs effets quand elles sont avalées par des herbivores, pourrait bien tenir à ce que les virus étant évidemment, par leur origine, des principes de nature animale, subiraient dans des organes destinés à digérer des aliments animaux, des modifications qui, en les altérant profondément, leur feraient perdre leurs propriétés malfaisantes ; ce qui n'aurait pas lieu chez les herbivores qui, par leur organisation, ne sont aptes à digérer que des aliments végétaux.

6° Que, quoi qu'il en soit de cette explication, il est constant, en fait, que les porcs et les poules n'éprouvent, ni dans leur santé, ni dans la qualité des produits qu'ils fournissent à l'alimentation de l'homme, aucune altération par suite de leur nourriture provenant d'animaux morts de la morve ou du farcin, du charbon, de la rage ; et que l'homme peut se nourrir sans danger de la chair et des produits de ces animaux ainsi alimentés.

7° Que la cuisson sur les viandes, et l'ébullition sur les liquides provenant d'animaux affectés de maladies contagieuses, ont pour effet d'anéantir les propriétés virulentes de ces liqueurs et de ces viandes ; à tel point, que, non-seulement, les matières morveuses peuvent alors être avalées impunément par le cheval ; les matières charbonneuses par le cheval, le mouton et la chèvre ; les débris des gallinacées morts de l'épizootie par les poules ; mais encore, que toutes ces matières qui sont si actives, dont la puissance contagieuse est si énergique et si certaine, quand ils sont inoculés, à l'état frais, restent complétement inertes sur quelque animal que ce soit, même après leur inoculation, quand elles ont subi l'action de la cuisson ou de l'ébullition.

La conséquence pratique des faits exposés dans ce mémoire est donc :

A. Qu'il n'existe aucune raison sanitaire d'empêcher l'alimentation des porcs et des poules avec des débris des clos d'équarrissage, quels qu'ils soient.

B. Que, si concevable que soit la répugnance de l'homme à se nourrir de viandes ou de laitage provenant de bêtes bovines, porcs, moutons ou poules, affectés de maladies contagieuses, il n'y a, en réalité, aucun danger pour lui à manger de la chair cuite ou du lait bouilli fourni par ces animaux.

De l'arrêt de développement considéré comme signe caractéristique du crétinisme.

M. Baillarger, médecin à l'hôpital de la Salpêtrière, lit, sous ce titre, un Mémoire dont nous extrayons les passages suivants qui le résument :

« Il existe sur la nature du crétinisme, dit M. Baillarger, deux opinions très différentes et qui divisent aujourd'hui les auteurs qui se sont occupés de ce sujet.

« La première consiste à n'admettre chez les crétins qu'un élément principal : la privation congéniale plus ou moins complète de l'intelligence, c'est-à-dire l'idiotie. D'après la seconde, au contraire, la dégradation de l'intelligence ne suffirait pas ; il faudrait, en outre, la dégradation physique, un état particulier du corps (*sui generis habitus*).

« Cependant, quand on parcourt les pays infectés, et qu'on recherche l'ensemble des traits assignés à la conformation des crétins, on trouve beaucoup d'individus plus ou moins privés d'intelligence et auxquels la description des auteurs ne s'applique que très imparfaitement. Ainsi, par exemple, d'après ce tableau reproduit dans tous les ouvrages, la taille des crétins est petite et ramassée, leurs membres sont trapus, leur cou court et gros, etc.; mais il est facile de prouver qu'il existe à tout cela beaucoup d'exceptions. Il suffit, en effet, d'ouvrir le remarquable rapport de la commission de Piémont, pour voir qu'un assez grand nombre de crétins atteignent la taille de cinq pieds, de cinq pieds et demi, et que Mafeï a même rencontré deux crétins de six pieds. D'un autre côté, M. Ferrus a observé à l'hôpital de Sion toute une classe de crétins dont la conformation extérieure était complétement en désaccord avec la description dont j'ai parlé plus haut....

« Une autre difficulté, c'est que beaucoup des traits assignés au crétinisme, le volume et la déformation de la tête, la difformité du visage, etc., se voient souvent chez les idiots ordinaires....

« Après avoir consacré près de deux mois à l'étude des crétins dans les Pyrénées, il m'a semblé possible de faire cesser cet état de confusion en assignant au crétinisme un caractère unique, essentiel, l'arrêt de développement de l'organisme. Au lieu de m'attacher à constater la conformation plus ou moins vicieuse du corps, la difformité des traits, j'ai recherché avec soin ce qui se rattachait au développement des organes et des fonctions, et en particulier tout ce qui se rapporte à la dentition et à la puberté.

« Les faits que j'ai recueillis dans cette voie ne m'ont pas paru seulement intéressants pour l'histoire du crétinisme, mais aussi pour celle de la physiologie pathologique.

« C'est ainsi que, dans certains cas, j'ai pu constater que la seconde

dentition n'était pas commencée à dix-huit et même à vingt-quatre ans, et qu'il n'y avait souvent à cet âge aucun signe de puberté. Chez les sujets dont je parle, la taille reste petite, la physionomie enfantine, de telle sorte qu'on prend, au premier abord, ces jeunes gens pour des enfants de huit à dix ans. »

L'auteur rapporte ici trois observations. La première est relative à une fille de vingt-trois ans qui offrait l'apparence d'une fille de dix ans, et chez laquelle M. Baillarger a constaté l'absence complète de tout signe de puberté et la persistance de toutes les premières dents.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une fille âgée de dix-sept ans et demi, dont l'apparence était celle d'un enfant de sept à huit ans, et chez laquelle il y avait également absence de tout signe de puberté et persistance des premières dents.

La troisième, enfin, a trait à un garçon de dix-huit ans qui paraît en avoir sept ou huit. Chez ce dernier, la seconde dentition, commencée très tardivement, est restée tout à fait incomplète, et les organes génitaux ressemblent à ceux d'un enfant de cinq ans.

Les sujets dont il vient d'être question ont, comme les enfants, la poitrine étroite, le ventre proéminent, leurs membres sont grêles, et il n'y a aucun développement du système musculaire. Une particularité qui mérite aussi d'être notée, c'est la fréquence du pouls restée ce qu'elle est chez les enfants.

« Le goître, ajoute M. Baillarger, manquait dans presque tous les cas que j'ai observés, surtout dans ceux où l'arrêt de développement était le plus complet. Ce fait pourrait, au premier abord, paraître assez étrange si on considère que les idiots et les imbéciles dans les mêmes localités sont presque tous goîtreux ; peut-être cependant est-il susceptible d'explication ; l'hypertrophie du corps thyroïde ne se développe en général qu'à l'époque de la puberté. On comprend donc que les sujets dont j'ai parlé et qui sont restés à l'état d'enfance, soient la plupart exempts de goître.

« Il faudrait d'ailleurs se garder de croire indistinctement à un arrêt définitif de développement dans tous les cas analogues à ceux que j'ai cités. Quelquefois en effet l'évolution organique se continue à un âge plus avancé. C'est ainsi que j'ai vu avec M. le docteur Borden un homme chez lequel la seconde dentition n'a été achevée qu'à trente-deux ans ; la puberté ne s'était établie qu'à vingt-sept ans ; l'accroissement de la taille s'était continué jusqu'à trente ans.

« Dans quelques cas, on assiste au développement normal de l'intelligence, tandis que l'ensemble de la constitution est au contraire arrêté. C'est une sorte de crétinisme partiel et purement physique....

« En résumé, le crétinisme me paraît pouvoir être défini :

« Le développement incomplet, irrégulier et le plus souvent très lent de l'organisme.

« Cette définition établit une ligne de démarcation tranchée entre les crétins et les idiots. Dans l'idiotie congéniale, en effet, la constitution acquiert son entier développement et l'évolution cérébrale seule est arrêtée. Aucune confusion ne serait donc possible et le mot crétinisme aurait désormais un sens précis et nettement déterminé. »

M. Baillarger présente à l'appui de son mémoire une planche représentant quatre crétins en pied et nus. Ces portraits ont été faits au daguerréotype. On reconnaît dans tous la conformation de l'enfance. Deux de ces crétins âgés de 17 et 18 ans ont même comme une apparence fœtale remarquable.

Compression de la partie supérieure de la moelle par l'apophyse odontoïde.

M. Jobert (de Lamballe) communique l'observation d'un cas de compression de la partie supérieure de la moelle par l'apophyse odontoïde, suivie d'asphyxie rapide et de mort, observation qui lui paraît venir à l'appui de l'opinion émise et récemment rappelée par M. Flourens, sur l'importance physiologique assignée à cette petite portion de la moelle allongée qu'il désigne sous le nom de *nœud ou point vital.*

Il s'agit d'une jeune femme qui était entrée dans son service pour une tumeur avec fistule de la région cervicale supérieure. La malade, dont l'état général semblait ne devoir inspirer aucune crainte, succomba rapidement après un mouvement de la tête. Les ligaments qui maintiennent l'apophyse odontoïde étaient altérés et s'étaient rompus pendant ce mouvement. Cette rupture avait permis à cette apophyse de se porter en arrière et de comprimer la moelle. Une asphyxie instantanée avait été le résultat de cette compression. La malade, dit M. Jobert, s'est éteinte à la manière d'une lampe qu'on souffle.

Emploi du gaz oxygène dans la glucosurie.

M. Bouchardat communique, sous ce titre, la notre suivante ;

Après avoir constaté, dit l'auteur (supplément à l'*Annuaire* de 1846) un abaissement de température de 1 ou 2 degrés chez les glucosuriques fortement atteints, inspiré par les belles observations de M. Chevreul sur l'influence de l'oxygène sur les transformations des matières organiques en présence des alcalis, j'eus la pensée de faire respirer du gaz oxygène aux glucosuriques. J'ai fait, il y a plus de quatre ans, deux expériences dans lesquelles j'ai constaté l'influence certainement heureuse de l'in-

halation du gaz oxygène pour faciliter, chez un malade dont l'urine ne contenait qu'une petite proportion de glucose, la complète destruction de ce principe. Je fus arrêté dans ces recherches (que j'ai toujours la volonté de reprendre) par des difficultés d'exécution qu'ont rencontrées tous ceux qui ont voulu employer d'une manière suivie les inhalations d'oxygène dans les maladies.

Syphilisation.

M. Auzias-Turenne communique un mémoire sur la syphilisation, qu'il résume par les propositions suivantes :

1° Le virus syphilitique est un, c'est-à-dire qu'il procède toujours de la même source ; mais son activité est variable. On peut donc considérer le pus syphilitique comme présentant des formes graduées. L'adage : *Unité dans la variété* lui est parfaitement applicable.

2° Le pus ayant des formes graduées, tout individu réfractaire à l'action d'une forme inférieure ne l'est pas pour cela à l'action d'une forme supérieure.

3° Toutes choses étant égales d'ailleurs, le pus virulent d'un individu appartient à une forme d'autant plus inferieure que cet individu est plus avancé en syphilisation, et qu'il en sécrète par une plus large surface ou en plus grande quantité.

4° Mais quand ce pus a cessé d'agir sur celui qui le fournit, il agit encore sur une personne moins avancée que lui en *syphilisation*, et surtout sur une personne completement indemne de l'action du virus.

5° Inocule-t on, par exemple, à un individu, indemne jusque-là de l'action du virus, un pus de forme supérieure ? son premier chancre sera très actif. Les suivants diminueront graduellement d'activité, surtout si l'on inocule à cet individu son propre pus, et fourniront par conséquent un pus de forme de plus en plus inférieure. La *syphilisation*, ou l'aptitude à être syphilisé, de cet individu, augmente donc au fur et à mesure qu'on lui communique des chancres successifs.

6° Non-seulement le pus d'une personne très avancée en *syphilisation* est de moins en moins actif sur elle-même, mais encore il l'est de moins en moins, quoique d'une manière qui n'est pas autant marquée, sur une personne indemne jusque-là de l'action du virus.

7° Mais ce virus de forme inférieure se régénère bientôt par des inoculations successives, faites à une personne saine au point de vue de la syphilis, et produit sur elle le chancre le plus actif, ou le chancre induré à la deuxième ou à la troisième génération.

8° Il y a deux causes de diminution dans l'activité d'un pus syphilitique : 1° la dégénérescence de la graine semée souvent dans le même

terrain ; 2° la détérioration du terrain par cette uniformité de culture. Ces deux causes agissent de concert jusqu'à ce qu'un individu soit enfin réfractaire à l'inoculation de son propre pus.

9° Ceux qui ont cru reconnaître au chancre une période de réparation, c'est-à-dire une période pendant laquelle son pus ne serait plus inoculable, auraient évité l'erreur s'ils avaient su apprécier l'action de cette double cause, et ne pas dénaturer les chancres par des applications caustiques ou simplement topiques. Ce qu'ils auraient eu seulement le droit de dire, c'est que la virulence du pus chancreux a une période de décroissance.

10° Pendant cette période, le pus de tous les chancres d'un même individu, quelle que soit leur date d'origine, pourvu qu'ils soient engendrés les uns par les autres, est de même forme, c'est-à-dire inoculable au même degré, ni plus ni moins.

11° Au point de vue de la *syphilisation*, tous ces chancres ont la même tendance vers la cicatrisation, et se cicatriseraient en même temps si quelque cause particulière ne venait pas combattre les effets de cette uniformité de tendance.

12° C'est ainsi que les chancres les plus larges, qui sont en général les plus anciens, ont une plus grande surface à combler pour se cicatriser à dater du moment où se manifeste cette tendance.

13° C'est encore ainsi que des circonstances de siége peuvent augmenter l'étendue et retarder la cicatrisation de certains chancres.

14° Des chancres de même date, mais d'origine différente sur un individu, peuvent présenter, surtout dans le commencement, une activité différente et en rapport avec la forme de leur pus générateur.

15° Deux chancres de même origine et de même date peuvent présenter une activité différente chez deux individus, et qui est en raison inverse de leur syphilisme.

16° Des chancres peuvent être plus actifs chez une personne que les chancres qui les ont précédés, par cela seul que le pus qui les a produits appartient à une forme supérieure.

17° Le pus le moins actif agit toujours sur celui qui n'a jamais eu d'affection syphilitique.

18° Quand un individu n'est plus inoculable par son propre pus, c'est-à-dire par un pus de forme inférieure, il est encore inoculable par un pus de forme supérieure.

19° Le sujet peut devenir alors inoculable à quelques générations successives de ce nouveau pus.

20° En inoculant à quelqu'un un pus d'une forme supérieure à celle du pus que sécrètent ses chancres, on n'élève pas beaucoup la forme du pus que sécréteront de nouveaux chancres ainsi produits.

21° Quand on renouvelle de la sorte plusieurs fois la source du pus d'une personne, celle-ci finit par être tout à fait syphilisée, c'est-à-dire à l'abri de tout accident syphilitique.

22° La *syphilisation*, à ses degrés divers, rend donc plus facilement compte de la cicatrisation des chancres que toute espèce de théorie, inconciliable avec elle.

23° On syphilise mieux et plus vite, mais plus douloureusement, une personne en lui inoculant à la fois, ou même successivement, plusieurs chancres d'un pus très actif, et surtout constamment régénéré, pourvu qu'on sache éviter le phagédénisme.

24° La meilleure formule de syphilisation pour un individu qui n'a jamais eu d'accident syphilitique consiste : 1° à lui inoculer par une seule piqûre un pus de forme inférieure, et à le conduire (par des inoculations successives de son pus isolées et à huit à dix jours d'intervalle, puis par des inoculations également de son pus, rapprochées et multipliées) jusqu'au moment où celui-ci ne lui sera plus inoculable ; 2° à multiplier et à rapprocher ensuite les inoculations d'un pus de forme de plus en plus supérieure.

25° Quand un individu a des accidents primitifs, on peut commencer par lui inoculer son propre pus et continuer comme précédemment.

26° Quand un individu a des accidents constitutionnels, on se comporte comme dans le cas d'un individu qui n'a jamais eu de syphilis, sauf à élever rapidement les formes de pus au fur et à mesure qu'on les reconnaît insuffisantes.

27° Mais, dans tous les cas, la piqûre doit être le plus étroite et le plus superficielle qu'il est possible, afin de ne pas provoquer inutilement l'agrandissement des chancres. En effet, la pustule initiale du chancre circonscrit toujours exactement la solution de continuité qui a été faite. Celle-ci est une figure inscrite dans un cercle que représente la pustule. Ainsi, toutes choses étant égales d'ailleurs, plus la piqûre d'inoculation est étroite et superficielle, moins les chancres deviennent étendus.

28° En inoculant à une personne indemne de l'action du virus syphilitique, le pus d'une autre personne presque complétement syphilisée, on peut régénérer ce pus à la première, deuxième ou troisième génération, soit qu'on le fasse passer, soit qu'on ne le fasse pas passer à une troisième personne.

29° La *syphilisation* est un renfort de l'organisme, elle augmente l'appétit, et la puissance d'assimilation des organes. Elle peut être opposée à d'autres maladies que la syphilis, et notamment au cancer.

30° La blennorrhagie et la balano-posthite sont (je ne dis pas toujours) de nature syphilitique. La *syphilisation* les prévient. Elle les guérit

chaque fois que le génie syphilitique n'a pas disparu pour faire place à une affection purement catarrhale.

31° Comme accident primitif, elles peuvent dépendre de l'action d'un pus de forme très inférieure, et alors commencer en quelque sorte la *syphilisation ;* ou dépendre d'un pus de forme supérieure agissant sur un organisme bien avancé en *syphilisation.*

32°. Elles peuvent, dans le premier cas, s'inoculer et se réinoculer successivement au malade ; elles peuvent, dans les deux cas, s'inoculer aux personnes saines.

33° Il n'est donc pas étonnant : 1° que la blennorrhagie et la balanoposthite produisent quelquefois, surtout si l'accident se répète, mais rarement, la vérole ; 2° qu'elles aient pu engendrer, par inoculation, la pustule avortée et même le chancre.

34° La débauche et la prostitution, qui font que le virus tend à s'épuiser sur un nombre restreint de personnes, sont une des causes de son affaiblissement. Au contraire, quand la vérole envahit un pays vierge de ses atteintes, elle y sévit rigoureusement.

35° Les chancres qui ne donnent pas la syphilis constitutionnelle sont : quelquefois ceux qui sont produits par un pus de forme inférieure et qui sont à leur première génération ; 2° ceux qui existent chez les personnes en voie de *syphilisation* et ayant dépassé l'état de syphilis constitutionnelle. Dans le premier cas, c'est la graine qui est insuffisante ; dans le deuxième cas, c'est le terrain qui est mauvais.

36° Les accidents secondaires résultent de la généralisation, et par suite de l'atténuation de la forme du pus qui succède au chancre induré. On peut les comparer aux chancres multiples d'une personne en voie de *syphilisation.* A ce titre, leur pus peut être inoculable à une personne saine, sans l'être au malade chez qui le molimen morbifique est épuisé.

37° Un pus de forme inférieure peut bien ne pas être inoculable à celui qui a la vérole constitutionnelle, et l'être parfaitement à une personne bien portante et qui n'est pas syphilisée.

38° La *syphilisation* n'est pas transmissible par la transfusion du sang. Ce résultat de l'expérience devait être prévu, puisque la *syphilisation* est un état qui n'est pas pathologique.

39° Il ne paraît pas que l'action syphilisante soit proportionnelle à l'étendue des chancres.

40° Le pus d'un chancre phagédénique est de même forme pendant toute la durée de ce chancre, c'est-à-dire pendant tout le temps qu'il reste phagédénique.

41° Pour combattre un ulcère phagédénique par la *syphilisation*, il faut presque toujours faire intervenir un pus d'une forme supérieure ou inférieure, suivant le cas, à celle du pus de cet ulcère. L'essentiel est

d'obtenir des chancres dont le pus s'absorbe aisément. Le pus qui ne s'absorbe pas *phagédénise*, celui qui s'absorbe *syphilise*. Il syphilise d'autant plus qu'il est d'une forme plus élevée.

42° L'action syphilisante du virus syphilitique n'est pas la même aux diverses périodes du chancre qui le produit.

43° Les manifestations chancreuses sont en général d'autant plus rapides à se montrer, après l'inoculation, que les individus sont plus avancés en syphilisation.

44° Ce fait, comme l'ensemble des principes de la *syphilisation*, démontre que tout chancre a une action générale sur l'économie proportionnelle du moins en partie, à la durée de ce chancre. Il y a une exception pour le chancre phagédénique quand le pus n'est pas absorbé.

45° L'action syphilisante est durable, de façon qu'à un chancre ancien s'ajoute un chancre actuel pour concourir à produire la *syphilisation*.

46° A une certaine période des inoculations successives, variable selon bien des circonstances, ceux qui s'y soumettent sans être atteints de syphilis constitutionnelle subissent l'influense d'un état général qui disparaît par les modifications que produisent les chancres subséquents.

47° La *syphilisation* n'a une action puissante contre une maladie dite syphilitique que quand cette maladie demeure sous l'influence directe du génie syphilitique.

48° Pour être à l'abri des accidents primitifs, il faut aller jusqu'à la *syphilisation* complète ; mais pour être exempté des accidents généraux, il suffit d'aller plus ou moins loin en syphilisation.

49° Les syphilisés ne peuvent plus produire de pus syphilitique ; la source du mal est tarie chez eux, tant pour les accidents primitifs que pour les accidents généraux.

50° Bien loin de pouvoir produire des accidents constitutionnels, la *syphilisation* les fait disparaître quand ils existent.

51° Pour tirer tout le parti possible de la *syphilisation*, il faut manier le virus prudemment et hardiment à la fois.

52° Souvent le phagédénisme n'a pas d'autre cause que la térébration et le décollement de la peau par le pus purulent. Il est encore souvent sous la dépendance des vices scorbutique, herpétique, cancéreux, etc., ou de l'usage du mercure, de l'abus des liqueurs alcooliques, etc. Enfin, il suffit souvent, pour le faire naître, d'empêcher par des lavages ou d'une autre manière l'absorption, et par suite l'effet syphilisant du pus. Ces diverses causes peuvent dériver les unes des autres, ou se combiner entre elles.

53° Le siége des cicatrices de chancre est inoculable comme les autres endroits de la peau.

54° La *syphilisation* ne procède pas par régions ; quand une partie du corps est syphilisée, les autres le sont également.

55° L'immunité à laquelle on arrive par la *syphilisation* n'a rien de passager, ni de commun avec une idiosyncrasie particulière. Le mot idiosyncrasie est d'ailleurs un aveu déguisé d'ignorance.

56. Les animaux ont plus de syphilisme que l'homme; mais tous les animaux n'en sont pas doués au même dégré. Il serait possible de dresser une échelle du syphilisme de chacun d'eux. Ainsi le chien a plus de syphilisme que le lapin ; celui-ci en a plus que le chat ; le chat en a plus que le singe en général (je dis en général, parce qu'il en a moins que le *papion*, par exemple). Parmi les singes, le papion a plus de syphilisme que le magot, et le magot en plus que le macaque.

57° Cette échelle animale du syphilisme est descendue par l'homme qu'on syphilise, de façon qu'il y a un temps pendant lequel il n'a pas plus de syphilisme que le macaque, le magot, le chat, le papion, le lapin et le chien.

58° Plus un animal ou un individu a de syphilisme naturel ou acquis, plus le virus doit être actif pour lui être inoculable. Là est le secret de bien d'échecs dans les essais d'inoculation de la syphilis aux animaux et dans ceux d'inoculation du pus des accidents secondaires et de celui de la blennorrhagie ou de la balano-posthite.

59° On peut donc considérer le virus syphilitique dans ses formes variées comme un vrai syphilismomètre. Il est en même temps une source et la mesure du syphilisme.

60° Enfin, au double point de vue de la science et de la pratique, le fait et la doctrine de la syphilisation font presque table rase des idées syphilographiques régnantes ou débattues jusqu'ici. La résistance que rencontre la syphilisation est proportionnelle à la masse des ruines qu'elle amoncèle.

M. Flourens : D'après les travaux de M. Auzias-Turenne, il y a une grande analogie entre le virus de la petite vérole et le virus syphilitique. Le virus variolique est, pour ainsi dire, représenté par trois formes, qui produisent la variole confluente, la variole discrète et la vaccine. De même le virus syphilitique a plusieurs formes, et M. Auzias-Turenne pense que la blennorrhagie doit être définitivement attribuée à l'action d'une forme inférieure du virus ou pus syphilitique.

M. Serres : J'ai beaucoup étudié la petite vérole et j'ai mainte fois constaté qu'une personne atteinte de variole discrète pouvait transmettre à une autre personne une variole confluente et *vice versâ*. Il faut donc admettre des modifications imprimées au virus par les personnes qui en subissent l'influence, et il ne faudrait pas croire que le pus d'une pus-

tule syphilitique de forme inférieure ne pourrait jamais produire une pustule plus active.

M. Flourens : La comparaison que je viens d'établir entre le virus de la petite vérole et celui de la syphilis ne se trouve pas dans le mémoire de M. Auzias-Turenne. Elle vient de moi. Je m'en suis servi pour expliquer clairement et en peu de mots l'importance des travaux de M. Auzias-Turenne. M. Auzias, en effet, poursuit ses recherches avec la plus louable persévérance.

M. Serres : L'analogie invoquée par M. le secrétaire perpétuel m'a paru très juste et se trouve, je crois, confirmée par les expériences de M. Auzias. Membre de la commission chargée d'examiner les recherches antérieures de M. Auzias, j'ai examiné la question, et j'ai plusieurs fois entendu les explications de M. Auzias. C'est par suite de cet examen que je crois pouvoir dire que le pus provenant d'une pustule syphilitique d'une forme peut produire une pustule syphilitique d'une autre forme.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Efficacité de préparations ammoniacales dans les fièvres intermittentes.

M. Padioleau (de Nantes) écrit à l'occasion de la communication récente de M. Aran sur l'emploi du sel ammoniac dans le traitement des fièvres intermittentes, qu'il a obtenu d'excellents résultats d'une préparation depuis longtemps en usage dans diverses contrées marécageuses où les fièvres intermittentes sont endémiques. C'est un opiat ainsi composé :

Sel ammoniac.	12	grammes.
Sel d'absinthe.	12	—
Sel de tamarin.	12	—
Chardon bénit.	12	—
Quinquina en poudre. . .	64	—
Sirop d'absinthe.	Q. S.	

que l'on divise en 12 parties égales.

— M. Brunet (de Bordeaux), à la même occasion, prie l'Académie de vouloir bien faire lire un dépôt cacheté qu'il a adressé le 5 novembre 1844.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de la note contenue dans ce paquet, note dans laquelle l'auteur fait connaître les bons effets qu'il a

obtenus de l'usage du sous-carbonate d'ammoniaque dans le traitement des fièvres intermittentes. L'auteur, dans sa lettre, ajoute que son expérience depuis ces sept dernières années n'a fait que confirmer ses premiers résultats.

Culture de l'opium indigène.

M. Aubergier lit un mémoire sur les recherches tendant à obtenir sur le sol de la France des produits propres à remplacer l'opium exotique. M. Aubergier a cherché d'abord un succédané de l'opium dans le suc laiteux de la laitue, sur la foi de tous les auteurs de matière médicale qui considèrent le lactucarium comme présentant les propriétés calmantes de l'opium sans avoir aucun de ses inconvénients. C'est en passant en revue les diverses espèces du genre laitue que M. Aubergier a été amené à en découvrir une, l'altissima, qui offre aux incisions de si larges surfaces que les ouvrières peuvent en retirer jusqu'à 600 gr. de suc par jour.

Ce premier problème résolu, M. Aubergier a voulu essayer de cultiver également le pavot somnifère pour obtenir par incisions le suc laiteux de ses capsules, et préparer ainsi, non un succédané de l'opium, mais bien l'opium lui-même. En passant en revue les différentes variétés du pavot somnifère, comme il l'avait fait pour les différentes espèces du genre laiteux, il est arrivé à jeter un jour inattendu sur toutes les questions qui se rattachent à la production de l'opium, soit en France, soit en Algérie, soit à l'étranger.

La question économique et industrielle se trouve résolue par ce seul fait qu'à l'aide des procédés décrits par M. Aubergier soit pour pratiquer les incisions, soit pour recueillir le suc qui s'en écoule, l'endocarpe n'étant jamais traversé, la graine reste à l'abri du contact de l'air, continue à mûrir, et peut servir à la fabrication de l'huile. Le produit couvre les frais de culture. L'opium n'a plus à supporter que les frais de main-d'œuvre pour la préparation ; comme chaque ouvrière obtient au minimum 300 grammes de suc frais, ce qui équivaut environ à 75 ou 90 gr. d'opium sec, on voit que le prix de revient sera toujours inférieur au prix de vente actuel dans le commerce. Dans les premiers essais faits en 1843, chaque ouvrière obtenait tout au plus 69 grammes de suc frais.

On voit quels perfectionnements successifs ont dû être apportés dans les procédés de fabrication pour arriver à quintupler la quantité du produit. Quant à sa valeur intrinsèque, elle dépend de deux causes principales :

1° L'opium obtenu d'une même variété de pavot somnifère contient des proportions de morphine d'autant plus faibles que la capsule appro-

chait davantage d'une complète maturité au moment de la récolte.

2° Chaque variété du pavot donne un opium plus ou moins riche en principes immédiats, à tel point que l'on peut obtenir de différentes variétés des opiums contenant des proportions de morphine comprises dans les limites de 15 à 17,833.

Ces faits expliquent les écarts qui existent dans la composition des opiums du commerce, écarts qui ont été mis en évidence, à plusieurs reprises, par les analyses de MM. Bussy, Pelletier, Payen, Chevalier. L'existence de ces écarts a été confirmée par l'analyse faite par M. Aubergier lui-même de 26 échantillons d'opium recueillis à autant de sources différentes, la moins riche contenant 2,84 pour 100 de morphine, et la plus riche 15 pour 100. Le rendement des autres échantillons était compris entre ces deux limites extrêmes. Il résulte de ces faits que, dans l'état actuel des choses, en ordonnant 1 décigr. d'opium ou 5 centigr. d'extrait, on peut faire prendre à un malade depuis 2 milligr. jusqu'à 15 milligr. de morphine.

Une conséquence qu'il semble tout aussi naturel de tirer de la richesse en morphine des opiums indigènes, c'est que l'influence du climat sur le développement de cet alcaloïde est loin d'avoir l'importance qu'on lui attribue, si même elle n'est pas tout à fait nulle.

D'ailleurs Belon n'a-t-il pas fait observer que le climat de la Natolie ne diffère pas beaucoup de celui de la France. Dans les pays plus chauds, la récolte de l'opium a lieu bien avant les fortes chaleurs. Enfin, M. Aubergier a vu le suc laiteux s'écouler en plus grande abondance des incisions le matin et le soir que dans le milieu de la journée, et un soleil ardent en tarir la source.

L'influence du terrain serait peut-être moins indifférente que celle du climat ; c'est sur des formations volcaniques que reposent les terrains sur lesquels le pavot réussit le mieux dans l'Asie Mineure. M. Aubergier n'oserait pas affirmer qu'il ne doit pas le succès de ses cultures à ce qu'elles ont été établies sur les terrains volcaniques de l'Auvergne.

Après avoir démontré que l'on peut obtenir en France des opiums reproduisant complétement, non seulement toutes les variétés d'opium du commerce, mais encore des opiums plus riches en morphine qu'aucun de ceux que nous envoie l'Orient, M. Aubergier se demande quel est, entre ces produits, contenant depus 3 jusqu'à 18 p. 100 de morphine, celui qu'il faut choisir pour l'usage médical. Sur les 26 échantillons qu'il a analysés, 4 seulement atteignant ou dépassant à peine le titre de 10 p. 100, c'est ce titre qu'il serait disposé à admettre comme normal, et cela d'autant mieux qu'il présenterait une concordance avec le système décimal qui n'est pas à dédaigner pour faciliter les calculs dans les formules. De plus, un opium ayant cette composition est pro-

duit régulièrement par une des variétés du pavot qui paraît le plus propre à la production de l'opium, le pavot pourpre ; c'est, du reste, une question sur laquelle il appartient à l'Académie de se prononcer, M. Aubergier croyant devoir borner sa mission à réunir les données nécessaires pour éclairer son jugement.

— M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, lit un mémoire intitulé : *Recherches sur les causes des douleurs que les amputés des membres éprouvent dans leurs moignons.*

Ce travail, rempli de considérations physiologiques et de détails d'anatomie pathologique, n'est point susceptible d'analyse. Le bureau propose d'en renvoyer l'examen à une commission composée de MM. Bégin, Laugier et Bérard.

Action physiologique des muscles interosseux de la main.

M. Bouvier présente une main préparée dans le but de montrer la disposition anatomique des muscles interosseux dont M. Duchenne a récemment démontré, à l'aide de la galvanisation, le rôle physiologique.

Contrairement à ce qu'on avait cru jusqu'ici, les tendons des muscles inter osseux, au lieu de s'attacher à la première phalange, se prolongent le long de cette phalange pour venir s'insérer aux deuxième et troisième. Cette disposition, fait remarquer M. Bouvier, est parfaitement conforme à l'action physiologique que leur a assigné M. Duchenne et qui consiste à produire l'extension des deux dernières phalanges, tandis que l'extenseur commun, auquel cette fonction avait été exclusivement attribuée jusqu'à présent, borne son action à l'extension des premières phalanges. En effet, en tirant sur les tendons des muscles inter osseux, M. Bouvier fait voir qu'on obtient l'extension des deuxième et troisième phalanges, tandis que la traction opérée sur le tendon de l'extenseur commun produit le redressement de la première phalange.

M. Bouvier annonce devoir entrer dans de plus grands développements sur ce point dans une communication qu'il se propose de faire à l'Académie dans une des prochaines séances, sur un cas de paralysie des muscles interosseux de la main qu'il vient d'observer à l'hôpital Beaujon.

M. H. Larrey se plait à déclarer, à cette occasion, qu'il a été récemment témoin, avec plusieurs autres médecins, d'une démonstration que M. Duchenne a faite devant eux de l'action de ces muscles, à l'aide de la galvanisation localisée, et que cette démonstration lui a paru complète, ainsi qu'à tous les assistants.

Nouveau bandage herniaire.

M. Philippe Bourjeaud, ancien chirurgien de la marine royale, lit une note sur un nouveau bandage herniaire.

L'appareil que M. Bourjeaud soumet à l'Académie n'est qu'une application particulière aux hernies d'un système général de bandages contentifs et compressifs susceptible de s'appliquer dans tous les cas où une action compressive est indiquée. Il consiste en une ceinture composée de bandelettes élastiques disposées en spirale ; un cuissard du même tissu est adapté à la ceinture pour la maintenir à sa place. Cette ceinture n'est elle-même que le support de l'agent spécial et direct de compression qui est une pelote à air, en caoutchouc, munie d'une robinet ; cette pelote est fixée à la partie interne de la ceinture au point correspondant à la hernie. La quantité d'air insufflée donne le degré de compression qu'on veut obtenir, etc.

(Commissaires : MM. Hervez, Gerdy et Huguier.)

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Choléra en Turquie.

M. Robinet transmet le document suivant sur la marche du choléra, qui vient de lui être adressé de Constantinople :

« Le choléra, après avoir ravagé Bassora et la frontière de Perse, est arrivé à Bagdad, où il exerce de très-grands ravages. Il a emporté en dix jours 1,008 personnes. Les médecins assurent que c'est une grande épidémie.

« Le choléra va probablement remonter le Tigre, et nous l'aurons peut-être à l'automne prochain, ou au commencement de l'hiver 1852-1853, si ce n'est avant.

« Le conseil de santé a décidé qu'il ne prendrait aucune mesure quarantenaire et qu'on se bornerait aux précautions hygiéniques.

« La disette d'eau est à son comble, et rien n'annonce de la pluie. »

Des substances dont l'usage doit être interdit dans les embaumements.

M. Caventou, au nom d'une commission composée de MM. Orfila, Bussy, Chevallier, Poiseuille et Caventou, rapporteur, lit un rapport sur un projet de réponse à faire au ministre de l'agriculture et du commerce, qui, par une lettre en date du 13 octobre dernier, consultait l'Académie sur l'opportunité qu'il y aurait, d'après l'avis du conseil de salubrité, à interdire pour les embaumements l'usage de toute substance toxique.

Voici, d'après M. le rapporteur, le résultat des délibérations de la commission, et le projet de réponse qu'elle l'a chargé de soumettre à l'Académie.

« Les agents reconnus par de nombreuses expériences, pour conserver le plus efficacement les matières animales, font partie du règne minéral ; ce sont certains sels alcalins et terreux, comme les chlorures de potassium ou de sodium, le sulfate de soude, le nitrate de potasse, les sels alumineux, etc., mais ces composés ne conservent que pour un temps limité. On a dû, par conséquent, y renoncer pour la conservation des cadavres au sein de la terre ; les sels alumineux purs qu'on avait cru, un instant, pouvoir répondre à toutes les exigences, ont été reconnus pour n'avoir une efficacité réelle que quand ils étaient associés à une certaine quantité d'acide arsénique, ainsi que cela résulte d'expériences faites par une commission de l'Académie.

« Dans l'état actuel de la science, il est de toute nécessité, pour atteindre le but de l'embaumement des corps, d'avoir recours à certains sels métalliques parmi lesquels nous citerons les sels de zinc, de mercure, de plomb, de cuivre et de fer.

« Tels sont les agents chimiques auxquels l'homme de l'art doit recourir pour la conservation des corps ; leur prix modique permet de concilier avec la sûreté de l'opération, l'économie désirable dans l'intérêt des familles ; ils sont à la vérité tous toxiques, mais à des degrés bien différents, et c'est à ce point de vue que nous nous placerons pour motiver les conclusions du rapport.

« Quelques-uns de ces composés agissent sur l'économie à petites doses avec une énergie violente ; ils tuent en peu de temps, quelquefois d'une manière lente, suivant les habiles précautions d'une infernale prudence. C'est dans le but de discerner leur emploi que l'administration supérieure se préoccupe avec sollicitude pour qu'un acte de piété des familles ne serve en aucun cas de manteau au crime, afin de le soustraire à la rigueur des lois.

« C'est dans ce but si utile de sûreté publique, que le gouvernement a déjà proscrit l'emploi des composés arsenicaux dans les embaumements et l'ordonnance royale du 29 octobre 1846, dans son art. 10, consacre cette mesure essentielle. Afin d'assurer davantage l'efficacité de cette disposition, l'administration a fait plus ; elle a ordonné dans une instruction en date du 19 juin 1847, adressée à MM. les commissaires de police, que toutes les fois qu'une déclaration d'embaumement leur serait faite, de prélever et de mettre sous scellés deux échantillons du liquide employé pour l'opération, de manière que l'un de ces échantillons soit laissé à la garde de l'opérateur et l'autre être transmis avec le procès-verbal à M. le préfet de police pour être soumis à l'analyse et mettre ainsi l'autorité à même de vérifier s'il y existe de l'arsenic et de constater les infractions à l'art. 10 de l'ordonnance sus-citée qui interdit l'emploi de ce toxique dans les opérations d'embaumement. Un des honorables

membres du conseil de salubrité est spécialement chargé de ces sortes d'analyses, et c'est ainsi qu'il fut constaté que depuis l'interdiction de l'arsenic, on faisait usage assez fréquemment de sublimé corrosif, et même dans quelques circonstances plus rares de dissolutions d'acetate de plomb et de sels de cuivre, et comme les empoisonnements par ces agents chimiques, quoique bien moins multipliés que ceux produits par l'arsenic, sont néanmoins encore assez nombreux, on a pensé qu'il serait prudent de proscrire leur emploi dans les embaumements, comme l'était déjà celui des composés arsénicaux.

« La commission partage ces appréhensions du conseil de salubrité, mais elle croit qu'il suffit, quant à présent, de se borner à ces seuls toxiques ; l'opération de l'embaumement n'en sera point pour cela entravée ni rendue impossible avec toutes ses modernes conditions de perfectibilité, car l'Académie sait parfaitement qu'il est des composés peu toxiques dont l'usage n'est point consacré comme poisons, et qui néanmoins appliqués avec intelligence, conservent admirablement les cadavres et peuvent suffire même à toutes les éventualités de la médecine légale.

« En conséquence, la commission propose de répondre au ministre, que l'Académie croit utile d'ajouter à l'art. 10 de l'ordonnance du 29 octobre 1846, un paragraphe ainsi conçu :

« Sont également interdits la vente et l'emploi des composés de mercure, de cuivre et de plomb pour l'embaumement des corps et la destruction des insectes. »

M. Bussy, tout en approuvant les conclusions du rapport et son contenu, pense cependant qu'il eût été convenable peut-être de faire une réserve en ce qui concerne l'usage des sels d'alumine. Il est dit dans le rapport qu'aucune substance n'est capable de conserver les corps à moins qu'elle ne contienne de l'arsenic. On sait que M. Gannal affirme le contraire, et M. Chevallier, qui a été chargé d'examiner un grand nombre de préparations destinées à l'embaumement, n'y a point trouvé d'arsenic. La proposition du rapport serait donc trop absolue ; or il est bon de tenir compte qu'il s'agit ici d'une industrie sur laquelle on jetterait une grande défaveur.

M. Caventou : Nous ne disons pas que les sels d'alumine ne conservent pas, nous disons seulement qu'ils ne conservent que dans des limites très-restreintes ; ils ne conservent pas, par exemple, dans le sein de la terre, ce qui est précisément le point capital.

M. Bussy : Je ne m'oppose pas à l'adoption du rapport, mais je demande seulement que tous les droits soient respectés.

M. Orfila : Je crois qu'il importe de rétablir les faits dans toute leur vérité. L'Académie se rappelle qu'une commission a eu à examiner les

liquides conservateurs de M. Gannal. La commission a constaté que le premier liquide soumis à son examen n'était pas *légèrement* mais *très-fortement* arsénical. M. Gannal, après ces premières expériences, apporta à la commission un second liquide; celui-ci ne contenait pas d'arsenic, mais on sait ce qui arriva. Les cadavres injectés avec ce liquide furent trouvés, au bout de quelque temps, horriblement pourris. Nous pouvons donc affirmer aujourd'hui que les sels alumineux seuls ne conservent pas.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Paralysie des muscles interosseux de la main; fonctions de ces muscles.

M. Bouvier communique à l'Académie une observation de paralysie des muscles interosseux de la main, qu'il vient de recueillir dans son service, à l'hôpital Beaujon, et lit, à cette occasion, une note très étendue sur la physiologie de ces muscles.

Dans le cas dont M. Bouvier expose l'histoire à l'Académie, il constata ce qui suit : Le volume de la main était diminué, les espaces interosseux un peu déprimés; les deuxième et troisième phalanges de l'annulaire et du petit doigt à demi-fléchies, de manière à donner à ces doigts une forme arquée qu'ils conservaient même lorsque le malade, s'efforçant d'étendre toute la main, amenait les autres doigts à une rectitude complète. Il pouvait, au contraire, fléchir tous les doigts également, par conséquent exagérer la flexion des deux derniers; mais il ne ramenait ensuite ceux-ci qu'à une extension incomplète, bien que le mouvement de leur première phalange eût son étendue normale. Cependant on n'éprouvait point de résistance en redressant leurs dernières phalanges avec la main, et le malade parvenait lui-même à effectuer ce redressement, s'il pressait de l'autre main sur la première phalange, et l'empêchait ainsi d'obéir à l'action des extenseurs.

Les mouvements latéraux d'abduction et d'adduction du pouce, de l'index et du médius s'exerçaient avec assez de facilité; mais ces mouvements étaient très-bornés au petit doigt et tout à fait nuls à l'annulaire. Dans l'état de repos, l'adduction l'emportait sur l'abduction pour l'auriculaire, qui restait toujours un peu écarté du quatrième doigt.

Le pouce pouvait être aisément opposé au doigt indicateur et au médius; mais il fallait de grands efforts musculaires pour le joindre aux deux autres doigts, et la chose était même quelquefois impossible à l'égard de l'auriculaire.

Le malade voulait-il, en réunissant tous les doigts à leur sommet, en former une sorte de faisceau conique, il lui était impossible de porter

l'index et l'auriculaire à la rencontre l'un de l'autre ; tous ses efforts n'aboutissaient qu'à les rapprocher quelque peu et à recourber leur extrémité dans le sens de la flexion.

Cherchait-il à augmenter la concavité de la face palmaire de manière à donner au creux de la main l'apparence d'une gouttière presque transversale, il ne pouvait y réussir ; l'eminence thénac seule s'avançait un peu vers les quatre derniers doigts, incapables d'exécuter la flexion isolée des premières phalanges, nécessaire à la production de ce mouvement.

L'extension et la flexion du poignet, la pronation et la supination de l'avant-bras, avaient lieu comme dans l'état normal.

Il y avait un engourdissement de toute la main, accompagné d'un sentiment de faiblesse très-prononcé. La sensation du tact était obtuse. Dans cet état, la main remplissait difficilement la plupart de ses fonctions.

M. Bouvier porta le diagnostic suivant : *Paralysie partielle des muscles de la main, siégeant spécialement dans les derniers interosseux et lombricaux, dans les muscles de l'hypothenac, dépendant d'une affection primitive des dernières ramifications, du nerf cubital et en partie du médian, ainsi que de la trame musculaire elle-même.*

Le traitement consista d'abord dans l'emploi des bains sulfureux et des frictions avec le baume Oppodeldoch, auquel on joignit, au bout d'un mois, l'électrisation des muscles paralysés au moyen de l'appareil électro-magnétique de M. le docteur Duchenne. Dejà, avant l'application de l'électricité, les derniers doigts s'étaient en partie redressés. L'auriculaire jouissait de mouvements un peu plus étendus. L'amélioration continua le second mois, et l'on remarquait plus de facilité dans les mouvements après chaque application du magnétisme, dont l'effet immédiat était d'exciter des contractions disctintes dans tous les muscles affectés.

Sorti de l'hôpital après cinquante jours de traitement, le malade continua le même traitement pendant encore environ cinq semaines. Il pouvait alors se livrer à quelques travaux un peu pénibles ; le petit doigt reprenait presque toute sa rectitude ; l'annulaire était encore un peu fléchi ; l'abduction et l'adduction du doigt auriculaire étaient assez sensibles ; l'amaigrissement persistait. Le malade, revu depuis, ne présentait presque plus de traces de la maladie.

Prenant texte du mémoire que M. Duchenne a communiqué à l'Académie en février dernier, sur l'action des interosseux, M. Bouvier s'attache ensuite à démontrer, à l'aide de préparations anatomiques qu'il met sous les yeux de l'Académie, les fonctions que M. Duchenne a assi-

gnées à chacun des muscles des doigts, à savoir que les petits muscles de la main, à l'exception des opposants, fléchissent la première phalange des doigts correspondants et étendent les deux autres ; que les longs extenseurs des doigts sont spécialement affectés à l'extension des premières phalanges ; qu'ils n'exercent qu'une action secondaire sur la deuxième et la troisième, et que, d'un autre côté, les fléchisseurs sublime et profond n'agissent que secondairement sur la première phalange, qui a pour fléchisseurs principaux ces mêmes muscles de la main, antagonistes réels, sous ce rapport, des longs extenseurs, dont ils sont les congénères pour les articulations plus inférieures.

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Superfétation ombilicale congénitale.

M. Danyau lit, en son nom et au nom de MM. J. Guérin et P. Dubois, un rapport sur une observation de superfétation ombilicale congénitale d'une fille de 14 ans, guérie au moyen d'une opération extraordinaire, par M. le docteur Théophile Sulikowski, de Jallancourt (Meurthe).

Il résulte des détails de cette longue et intéressante observation, et des réflexions dont M. le rapporteur a fait suivre la relation, qu'il s'agissait bien réellement, dans ce cas, d'une véritable *monstruosité par inclusion*, expression qui eût mieux rendu le véritable caractère du fait que celle dont l'auteur s'est servi. Du reste, M. le rapporteur, après avoir longuement analysé les détails de cette observation, a payé un juste tribut d'éloges à l'auteur pour l'habileté et l'heureuse hardiesse avec lesquelles il a conduit à bonne fin une aussi grave opération, et il conclut en proposant :

1° D'adresser à M. Sulikowski des remercîments pour sa très-intéressante communication ;

2° De déposer honorablement son mémoire dans les archives de l'Académie.

Après une courte discussion sur les conclusions, et sur l'insistance de quelques membres qui, en raison de l'importance du fait, en demandent l'insertion dans les mémoires, le rapport et la communication de M. Sulikowski sont renvoyés au comité de publication.

Du traitement antisyphilitique des femmes enceintes.

M. Gibert, au nom d'une commission composée de M. Danyau et lui, rend compte d'un travail de M. Devilliers, dans lequel l'auteur, partisan du traitement spécifique, à toutes les époques de la grossesse, chez les

femmes vénériennes, a cherché à résoudre les objections et les difficultés pratiques qui se rattachent aux deux questions suivantes, savoir : 1° l'époque de la grossesse la plus favorable au traitement ; 2° le mode de traitement le plus efficace et le moins sujet à inconvénients.

M. Gibert donne son approbation aux conseils de l'auteur, qui pense que, dans les premiers moins de la grossesse, surtout à cause de la susceptibilité des organes digestifs, on doit, à l'imitation des praticiens du seizième siècle, et notamment de l'un des plus recommandables d'entre eux, le célèbre Nicolas Massa (1556), donner la préférence aux frictions mercurielles. M. Gibert croit cependant que, dans beaucoup de cas, chez les femmes enceintes, ainsi que chez les enfants et les sujets cachectiques, le *sirop de deuto-iodure ioduré*, qu'il a préconisé comme le seul sirop mercuriel inaltérable connu, est bien toléré et peut être employé avec avantage.

Tous les auteurs de traités d'accouchements et de maladies vénériennes se sont vivement préoccupés des deux écueils à redouter dans le traitement des femmes enceintes, savoir : le défaut de tolérance des médicaments chez la mère, et la possibilité de nuire au fœtus et de provoquer l'avortement, qui, comme on sait, est toujours tant à craindre chez les femmes vénériennes.

Tandis que, dans les premiers mois de la grossesse, on peut voir l'avortement provoqué d'une manière pour ainsi dire mécanique par les vomissements ou les tranchées de la mère, lorsqu'une médication stimulante détermine chez elle des troubles digestifs, on sait que c'est surtout dans la seconde moitié de la durée de la gestation, c'est-à-dire dans les mois qui suivent le quatrième ou le cinquième, que se montre l'avortement par cause vénérienne : d'où l'indication de prévenir, s'il est possible, cette fâcheuse disposition par un traitement spécifique commencé dès les premiers temps de la grossesse. Aussi, dans plusieurs faits rapportés par M. Devilliers, ce traitement a réussi à guérir la mère et à préserver l'enfant, même lorsque celui-ci est venu avant terme, mais viable, par exemple à huit mois.

Les syphilides, et surtout les symptômes génitaux (tubercules plats, ulcérations, végétations), présentent assez souvent des variations chez la femme grosse, disparaissent même quelquefois (surtout après l'accouchement) sans qu'on doive pour cela renoncer au traitement, dont la durée seule peut prévenir le retour du mal et en assurer la guérison.

Dans le cas où le temps a manqué pour faire un traitement suffisant, soit qu'on ait été consulté trop tard, soit que l'apparition des symptômes ait été tardive, soit que quelque accident ait forcé à interrompre le traitement commencé, il ne faut pas différer de le reprendre après l'accou-

chement, surtout si la femme allaite son enfant. Il suffit de laisser huit à dix jours d'intervalle pour les premières suites de couches.

En somme, M. Gibert croit, avec M. Devilliers, qu'il faut traiter la chez la femme enceinte, comme chez tout autre sujet, soit qu'il s'agisse de symptômes primitifs, soit, à plus forte raison, qu'il s'agisse de symptômes consécutifs ; seulement chez elle, plus encore que chez tout autre, il faut avoir égard au degré de tolérance des organes et préférer, dans les premiers mois, les frictions mercurielles aux médicaments internes.

Cette opinion se trouve conforme à celle si bien motivée de Bertin, que M. Gibert a reproduite au chap. 3. du livre V de son *Manuel des maladies vénériennes.*

M. Gibert termine en donnant des éloges à ce nouveau travail de M. Devilliers, dont il rappelle brièvement les travaux antérieurs, et conclut au dépôt aux archives et à des remercîments à l'auteur. (Adopté.)

— M. Depaul, candidat à la place vacante dans la section d'accouchement, lit un travail sur le renversement de l'utérus qui survient au moment de l'accouchement, et en particulier à l'occasion de la délivrance.

Syphilisation.

M. Ricord présente à l'Académie un malade, médecin étranger, M. le docteur L..., qui s'est soumis à des inoculations répétées, dans le but de vérifier les idées récemment émises sur la syphilisation. Il est utile de rappeler d'abord, dit M. Ricord, que l'on a cherché dans ces derniers temps à établir deux points : 1° que la syphilis constitutionnelle ne peut être acquise qu'une fois et prévient la reproduction de nouveaux accidents de même nature ; 2° que, par des inoculations successives du pus chancreux, de manière à en saturer en quelque sorte l'économie, on prévient le développement de la syphilis constitutionnelle et l'on rend les individus inaptes à contracter de nouveaux accidents syphilitiques. C'est dans le but de s'assurer de la vérité de cette dernière proposition que M. le docteur L... s'est soumis à des inoculations répétées.

M. L... s'est ainsi produit successivement dix-sept chancres, dont la plupart ont pris depuis le caractère phagédénique, comme cela a lieu habituellement chez les individus qui, ayant une syphilis constitutionnelle, contractent de nouveaux chancres. Le phagédénisme du premier chancre n'a pas été atténué par les chancres qui ont suivi et qui sont devenus phagédéniques à leur tour. Loin que les accidents de syphilis constitutionnelle qui se sont manifestés depuis aient été favorablement influencés par les inoculations ultérieures, ces accidents, au contraire,

ont semblé prendre une nouvelle intensité au fur et à mesure que les chancres d'inoculation tendaient au phagédénisme.

Sur quelques questions de M. Velpeau, M. le président, pensant qu'une discussion pourra s'élever avec plus de fruit après un examen attentif du malade, propose de renvoyer cette discussion après l'examen d'une commission qui serait nommée immédiatement. Cette proposition étant adoptée, le bureau délègue une commission composée de MM. Velpeau, Ricord, Lagneau, Roux et Bégin, pour examiner ce malade séance tenante.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Vases recouverts d'un enduit vitreux pour les usages pharmaceutiques et domestiques.

M. Chevallier lit, en son nom et celui de M. Gaultier de Glaubry, un rapport sur une lettre de MM. Paris, fabricants de cristaux à Bercy, par laquelle ces industriels sollicitent l'examen de vases recouverts d'un enduit vitreux, et pouvant servir : 1° pour l'évaporation des eaux minérales, lorsqu'on les soumet à l'analyse ; 2° pour remplacer dans les laboratoires ces capsules de porcelaine qui sont de trop petite dimension, trop fragiles et d'un prix trop élevé ; 3° pour suppléer aux bassines de cuivre employées dans les officines et à divers usages, etc.

Les essais auxquels la commission s'est livrée sur les vases de MM. Paris leur ont démontré :

1° Que les acides, même assez concentrés, n'attaquent pas l'enduit vitreux qui recouvre ces vases ;

2° Que les sels alcalins ne les attaquent pas non plus, mais qu'il n'en serait pas de même si on faisait usage d'alcalis concentrés : dans ce cas, ces alcalis agissent sur l'enduit et le dissolvent en petite quantité.

La commission propose en conséquence :

1° De remercier MM. Paris de leur communication ;

2° De les engager à persévérer dans leur entreprise, et surtout à se livrer à la fabrication des instruments culinaires destinés aux classes ouvrières, en livrant à bas prix des vases qui ne seront pas susceptibles d'être altérés par les aliments qu'on y prépare ; il auront rendu un service à l'humanité et fait faire un pas à l'hygiène publique.

Traitement de la fissure à l'anus par l'onguent de la mère.

M. Larrey lit, en son nom et au nom de M. Velpeau, un rapport sur un travail communiqué à l'Académie dans la séance du 29 juillet dernier,

par M. le docteur Campaignac, ancien chef de clinique de la Faculté de médecin de Paris, ayant pour objet un nouveau mode de traitement de la fissure à l'anus. Ce traitement consiste dans l'emploi topique d'une pommade composée d'un mélange d'onguent de la mère avec un corps gras, dans les proportions convenables pour donner à cette pommade la consistance la mieux appropriée à son usage. M. Campaignac, qui a été conduit à l'emploi de ce moyen par le danger qu'offre dans quelques circonstances l'opération et par l'inefficacité qu'il a reconnue à la plupart des autres traitements topiques, dit en avoir généralement obtenu de bons résultats ; il rapporte dans ce travail sept cas de guérison obtenus par l'usage seul de cette pommade.

M. le rapporteur, donnant son approbation aux faits énoncés dans le travail de M. Campaignac, propose pour conclusion : 1° d'adresser des remercîments à l'auteur ; 2° de renvoyer son travail au comité de publication.

M. Gerdy : La fissure à l'anus a été traitée par beaucoup de remèdes qui échouent pour la plupart ou ne procurent que des guérisons temporaires. Je ne crois pas que l'onguent de la mère doive mieux réussir ; quant aux divers procédés opératoires, l'incision, la méthode de dilatation brusque de M. Récamier, elles échouent souvent aussi. Il y a un moyen que j'emploie fréquemment et qui m'a presque toujours réussi, c'est l'usage des purgatifs. La fissure est presque toujours compliquée d'une constipation plus ou moins opiniâtre ; cette constipation est une cause incessante d'irritation qui accroît les douleurs et s'oppose à la cicatrisation. En combattant cette constipation à l'aide de purgatifs répétés, on rend les selles libres, faciles, on prévient les douleurs et on favorise la cicatrisation. Je n'emploie presque pas d'autre méthode depuis plus de quinze ans, et je n'ai presque pas vu de malade qui n'ait guéri par ce simple moyen.

M. Larrey : L'auteur n'a pas prétendu préconiser son moyen à l'exclusion de tout autre, ni condamner absolument l'opération à laquelle on peut toujours recourir, comme dernière ressource; il a fait, à cet égard, des réserves qui ont été partagées par vos commissaires.

M. Velpeau : Les chirurgiens, quoi qu'on en dise, savent très bien essayer les remèdes topiques avant de recourir à l'opération. On a imaginé déjà dans ce but un grand nombre de pommades ; j'y ai toujours recours, pour mon compte, avant de me décider à opérer. Parmi ces divers topiques, il en est plusieurs qui soulagent, quelques-uns même qui guérissent quelquefois ; mais je dois déclarer qu'aucun des moyens que j'ai essayés ne m'a aussi bien réussi que la pommade de M. Campaignac. Je ne prétends pas dire pour cela que ce moyen doive réussir toujours, mais je crois qu'il guérira souvent, et que dans tous les cas où

il ne pourra pas guérir, il procurera au moins du soulagement.

Quant aux purgatifs, dont parle M. Gerdy, c'est un moyen que tous les chirurgiens emploient ; les malades y recourent d'eux-mêmes la plupart du temps ; mais les purgatifs ne guérissent pas, ils ne font que soulager. J'ai vu bien des fois, et depuis un grand nombre d'années, des individus qui avaient été soulagés par l'usage des purgatifs ; mais dès qu'ils les cessaient, les accidents se reproduisaient. Cependant la remarque de M. Gerdy a de la valeur à un autre point de vue ; la constipation joue évidemment un rôle important dans la fissure, soit comme cause, soit comme effet. C'est sous ce rapport que le procédé de M. Bretonneau, consistant dans l'usage du ratanhia en lavement, me paraît surtout utile. Quant au procédé de M. Récamier, ce n'est pas autre chose qu'une opération, qui, ainsi que l'incision, ne doit être mise en usage qu'après avoir essayé d'abord des autres moyens.

M. Guibourt présente quelques courtes réflexions sur la composition de l'onguent de la mère, qui, suivant lui, doit être considéré plutôt comme adoucissant que comme suppuratif. Les bons effets que l'on en retire dans le traitement des fissures du sein lui paraissent venir à l'appui des bons effets qu'on lui attribue dans les fissures à l'anus.

M. Roux considère tous les topiques comme insuffisants ; il n'en est pas un, suivant lui, qui ne soit suivi de récidive, après une suspension plus ou moins longue de la maladie. L'opération, au contraire, est à ses yeux le seul moyen de guérison assuré ; elle est si peu douloureuse et si peu grave, qu'il ne comprend pas qu'on hésite à y recourir. Pour lui, il l'a pratiquée deux ou trois cents fois, sans qu'elle ait jamais été suivie d'aucun accident. L'opération, en résumé, grâce surtout à l'anesthésie, lui paraît devoir être préférée à tous les autres moyens.

M. Roux ne partage pas l'opinion de M. Gerdy à l'égard des purgatifs. La fissure à l'anus n'est pas toujours accompagnée de constipation, et ce n'est pas toujours la constipation qui entretient la douleur ; M. Roux a vu des maladee qui, bien qu'ayant des selles liquides, n'en souffraient pas moins, et redoutaient autant que les autres le moment d'aller à la garde-robe.

M. Bégin partage l'opinion de M. Roux relativement à l'innocuité de l'opération. Il n'a jamais vu cette opération être suivie du moindre accident. Il pense, d'un autre côté, qu'on a fait une trop large part aux topiques, qui ne méritent pas l'importance qu'on paraît vouloir leur donner.

M. Cloquet : Le rapport et le mémoire qui nous occupent en ce moment sont également dignes d'intérêt ; ils renferment des faits qui parlent haut en faveur du traitement topique de la fissure. Je crois, malgré l'opinion contraire de MM. Roux et Bégin, qu'il faut éviter le plus pos-

sible l'opération et n'y recourir que quand on ne peut pas faire mieux. On rejette trop les emplâtres et les onguents. Les faits invoqués par M. Campaignac et par M. Velpeau prouvent qu'on peut guérir la fissure avec l'onguent de la mère ; c'est là un fait pratique qui a son importance. Je rappellerai, à cette occasion, l'avantage qu'il y a, quel que soit l'onguent dont on se sert, à n'employer que de petites mèches. Les petites mèches ont un grand avantage sur les grosses mèches et les suppositoires qui déterminent, par leur volume, des contractions et entretiennent précisément ainsi la maladie qu'ils sont destinés à guérir. L'usage de petites mèches enduites de pommade de belladone m'a réussi chez une dame à laquelle M. Roux avait proposé l'opération et qui s'y était refusée.

Je ferai une dernière observation sur l'usage du ratanhia, qui me paraît agir en modifiant profondément la sensibilité des parties sur lesquelles on l'applique. Tout le monde sait qu'après avoir tenu pendant quelque temps une décoction de ratanhia ou de tannin dans la bouche, on perd momentanément la sensibilité tactile et gustative. Il en est de même à l'anus ; et c'est cette circonstance qui, jointe à l'espèce d'enduit protecteur qui résulte, pour les lèvres de la fissure, de la combinaison du tannin avec les mucosités, qui contribue à en hâter la guérison.

M. Laugier : L'opération de la fissure est exempte de tout accident, ainsi qu'on vient de le dire, mais à la condition qu'on se borne au simple débridement de Dupuytren, auquel M. Begin a fait attention ; réduite à cette simplicité, en effet, l'opération est préférable à tous les autres traitements ; mais il n'en est pas de même de l'opération de Boyer, par laquelle on incise largement et profondément tout le sphincter.

M. Roux persiste à penser que l'opération de Boyer est la seule bonne et efficace.

M. Larrey clot la discussion en rappelant qu'il ne s'agit pas d'exclure l'opération ou de préconiser exclusivement l'usage des topiques ; mais que M. Campaignac, ainsi que les commissaires, n'ont d'autre but que d'établir qu'en présence de l'insuffisance de la plupart des autres topiques, et de la nécessité d'une opération qui n'est pas toujours sans danger, ce que prouvent deux cas de mort rapportés dans le mémoire, il est heureux que l'on possède un moyen qui a procuré déjà plusieurs guérisons certaines et qui est dépourvu de tout inconvénient.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

REVUE ANALYTIQUE

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

---

27. *De la mise à découvert et du traitement des polypes intra-utérins*; par M. Simpson.

(Monthly journal of medical science.)

Beaucoup de chirurgiens—et principalement ceux dont l'éducation remonte à plus de vingt-cinq ans—professent encore que l'on ne doit tenter l'ablation des polypes que lorsqu'ils ont dépassé l'orifice utérin. Avec la plupart des modernes, M. Simpson conseille plus de hardiesse, et veut qu'on aille à la recherche, puis qu'on essaye d'extirper toute production dont on a pu soupçonner la présence dans la cavité utérine.

Le côté original de cette communication porte sur le choix et l'application des moyens dont on doit faire usage pour dilater le col, et par là mettre à découvert la masse polypeuse ; car, quant aux signes rationnels d'après lesquels on pourrait présumer son existence—la métrorrhagie, les pertes blanches, l'augmentation de volume de l'utérus, la pression fatigante qu'il exerce alors sur les organes voisins—ces signes, s'ils suffisent à éveiller la sollicitude du praticien, ne lui fournissent aucune donnée positive sur le siége précis, la nature et les conditions d'*opérabilité* du polype. M. Simpson insiste justement sur le peu de valeur de ces indices.

C'est donc par le toucher qu'on acquiert les seules lumières capables d'éclairer la conduite de l'opérateur. Mais pour que le toucher permette d'atteindre la production morbide, il faut préalablement que le col soit dilaté. A ce sujet, M. Simpson fait d'abord observer qu'on trouve cet orifice plus dilatable immédiatement après l'époque menstruelle, ou après les hémorrhagies qui, dans ces cas, surviennent de temps en temps. Il faut, par conséquent, choisir ce moment pour l'exploration directe.

Quant à l'agent de dilatation, M. Simpson donne la préférence à l'éponge préparée. Mais, au lieu de la rouler dans la cire fondue —comme on le fait en France — il conseille de l'enduire d'une couche de solution gommeuse concentrée. Cette substance, en effet, est d'un emploi plus commode et plus sûr, vu que, pour se dissoudre et laisser à l'éponge la faculté de se développer, elle

n'exige que de l'humidité, et non pas en même temps de la chaleur, comme la cire.

Les cônes qui serviront à la dilatation du col doivent être formés de morceaux d'éponge qu'on a enroulés autour d'un fil métallique. De cette manière, lorsque le cône est devenu solide, il se trouve percé à son centre d'une ouverture, qui sert à placer la tige destinée à le conduire entre les lèvres du col. — Cette tige conductrice ressemble par ses dimensions et sa courbure à la *sonde utérine* de M. Simpson, si ce n'est que celle de ses extrémités qui doit s'engager dans l'éponge est plus ténue, plus effilée.

Un cône bien préparé demande en général vingt ou trente heures pour se développer entièrement, et alors il agrandit l'ouverture du col de manière à lui donner un diamètre quatre ou cinq fois plus considérable qu'à l'état ordinaire. Quelques injections d'eau tiède hâtent et facilitent l'expansion du corps spongieux.

Un jour de cette manœuvre suffit en général pour dilater l'orifice extérieur du col ; mais lorsqu'on veut pénétrer plus profondément, il faut un emploi plus persévérant et plus prolongé de cônes d'un volume graduellement augmenté. L'ampliation forcée des parties détermine quelquefois alors des douleurs qui ne peuvent être calmées que par l'opium.

Grâce à ces précautions fidèlement suivies, M. Simpson a pu constater la présence de plusieurs polypes situés très haut dans la cavité du col utérin. Pour en faire l'ablation, il préfère à tous les instruments un fil d'argent dont il place l'anse autour du polype. Puis, après avoir fait remonter cette anse de manière à ce qu'elle embrasse le pédicule, il engage les deux bouts du fil métallique dans une canule, où le jeu d'une longue vis de rappel les attire de plus en plus, à mesure qu'on la tourne. Le fil qui encerclait la base du polype est ainsi converti peu à peu en une ligature qui l'étreint et le coupe, sans plus de danger et bien plus promptement que les procédés ordinaires de ligature.

---

28. *Sur la fièvre typhoïde et le typhus fever* ; par le docteur Jenner.

(Monthly journal of medical science.)

Il ne reste plus guère de doute aujourd'hui sur la différence qui sépare la fièvre typhoïde du typhus fever. Nous avons eu plus d'une fois occasion de nous prononcer à cet égard, notamment lors de la dernière grande épidémie d'Irlande que nous avons

considérée avec raison (l'observation l'a prouvé depuis) comme un typhus, et non comme une fièvre typhoïde. Dans le présent travail, M. Jenner a réuni toutes les considérations qui peuvent militer en faveur de la distinction des deux états pathologiques, et dressé le tableau comparatif des caractères qui leur sont propres. Ces caractères, dans le travail de l'auteur, sont très nombreux; mais tous n'ont pas une égale importance. Nous nous contenterons de citer les principaux.

Le typhus fever débute plus brusquement et marche plus vite que la fièvre typhoïde. Les taches cutanées de la première affection, très nombreuses, disposées par groupes, assez larges, de couleur violette ou rouge foncé, indélébiles par la pression du doigt, ne ressemblent aucunement aux taches de la fièvre typhoïde. Dans celle-ci, le *coma vigil* ne s'observe jamais; on le rencontre dans un cinquième des cas du typhus fever. La fièvre typhoïde s'accompagne presque toujours de diarrhée, souvent d'hémorrhagie intestinale; dans le typhus, la diarrhée se montre rarement, les hémorrhagies intestinales jamais ou presque jamais. Dans le domaine de l'anatomie pathologique, la différence la plus importante consiste en ce que les follicules intestinaux, si constamment malades dans la fièvre typhoïde, restent sains dans le typhus. Enfin, et c'est là peut-être le caractère différentiel le plus significatif, le typhus fever, qui est contagieux, ne communique jamais qu'une fièvre exempte de lésion des plaques de Peyer, d'hémorrhagies intestinales, et accompagné de taches groupées, rougeâtres, ne disparaissant pas sous la pression, etc.; en un mot, une fièvre semblable à celle qui l'a engendrée par voie de contagion, et non une fièvre typhoïde proprement dite, telle que nous la voyons dans nos climats.

Il n'est question ici que du *typhus fever* des Anglais. Le typhus dit d'*Europe*, celui qu'on a pu voir en France à l'époque de l'invasion, et qu'on rencontre encore de temps à autre dans les prisons, est-il également différent de la fièvre typhoïde? S'il en diffère, doit-on le rapprocher du *typhus fever*, ou constitue-t-il une espèce particulière? Ici les données de la science sont assez confuses. L'épidémie de 1814 fournit quelques éléments favorables à l'identification du typus d'Europe et de la fièvre typhoïde; mais ces documents sont passablement incomplets. Toutefois la plupart des auteurs qui ont écrit sur cette épidémie parlent d'*ulcérations intestinales*. En 1839, M. Landouzy a constaté, à la prison de Reims, le gonflement, le ramollissement, l'ulcération des follicules agminés de l'intestin et l'engorgement des ganglions mésentériques; mais ne s'agissait-il pas de la fièvre typhoïde,

devenue seulement plus grave, plus rapide dans sa marche, comme il arrive à toutes les maladies aiguës qui prennent accidentellement le caractère épidémique ? Quelques auteurs l'ont pensé. Plus tard, en 1845, une épidémie grave se déclara au bagne de Toulon. Le docteur Faure la considéra comme un véritable typhus, et la symptomatologie de l'affection l'y autorisait certainement. Chose singulière ! les lésions intestinales caractéristiques de la fièvre typhoïde de nos climats furent trouvées seulement dans la moitié des autopsies. Ce n'était donc pas, du moins pour tous les cas, le *typhus fever* des Anglais, qui ne s'accompagne jamais de lésion des follicules intestinaux. Ce n'était pas uniquement la fièvre typhoïde de nos climats, qui présente à peu près constamment cette lésion. Il semble que le typhus d'Europe, et pour la symptomatologie et pour les caractères anatomiques, tienne le milieu entre ces deux dernières affections.

---

29. *Sur le traitement de la phthisie pulmonaire* ; par le docteur Bennett.

(Monthly journal of medical science.)

Il s'agit ici de vues théoriques auxquelles le traitement de la phthisie pulmonaire devrait être subordonné. En voici le court exposé :

La nutrition n'est parfaite que par l'assimilation d'éléments albumineux et oléagineux, les premiers fournissant l'azote, les seconds le carbone. Les aliments, avant de fournir à la nutrition ses matériaux essentiels, passe par diverses transformations. Convertis dans la partie supérieure du tube digestif en albuminose et en substance émulsive, ils sont absorbés à l'état liquide et subissent encore une transformation qui donne lieu aux corpuscules du chyle d'abord, puis à ceux du sang. Or, *le caractère particulier* de la phthisie pulmonaire consiste en *un excès d'acidité dans le canal alimentaire*, par suite duquel les aliments albumineux sont rendus facilement solubles, tandis que les sécrétions alcalines des glandes salivaires et du pancréas, *plus que neutralisées*, ne peuvent transformer les éléments carbonisés en huile et faire subir aux matières grasses la préparation nécessaire à leur assimilation ultérieure. Il entre donc dans l'organisme proportionnellement plus de matières albumineuses que de matières grasses, d'où résulte la diminution graduelle du tissu adipeux et l'émaciation. Les poumons « n'ayant pas beaucoup de carbone à excréter sous forme d'acide carbonique, deviennent spécialement

exposés aux congestions locales (*not having so much carbon to excret in the form of carbonic acid. become especially liable to local congestions*) et aux exsudations albuminiformes qui constituent le tubercule.

Il suit de là que le traitement de la phthisie pulmonaire doit avoir en vue principalement de rendre à la nutrition les éléments carbonés qui lui manquent. C'est à quoi pourvoit très bien l'huile de foie. Elle se combine avec les éléments albumineux en excès et forme dans les vaisseaux chylifères ces molécules élémentaires dont le chyle est essentiellement composé.

M. Bennett entre ensuite dans des détails assez circonstanciés sur les conditions secondaires d'une bonne thérapeutique de la phthisie pulmonaire, et rapporte quelques observations de guérisons (accompagnées de planches); mais la pensée fondamentale de son travail réside dans la théorie que nous venons d'exposer.

Les considérations physiologiques invoquées à l'appui de cette théorie sont conformes, comme on a pu voir, aux opinions généralement adoptées aujourd'hui. On aura reconnu, dans la division des aliments en carbonés et azotés, la doctrine de Liebig, et l'on sait que, des deux sortes de globules qu'on rencontre dans le chyle, il en est une qui est constituée par de la matière grasse (globules émulsifs). Quoi qu'il faille penser de théories toutes récentes sur les agents directs de la digestion stomacale, sur l'action uniquement dissolvante des acides et uniquement digestive de la pepsine, sur l'action émulsive du fluide pancréatique, sur l'action antiputride de la bile, les *produits* du travail digestif sont assez bien connus aujourd'hui, et il est permis de se prévaloir de ces notions dans la médecine pratique. Mais l'application qui en est faite par M. Bennett au traitement de la phthisie pulmonaire est-elle justifiable ? Il y a de fortes raisons d'en douter.

Il faudrait d'abord prouver qu'il y a excès d'acide dans le tube digestif des phthisiques ; car c'est là le fondement de la théorie. Or, nous ne connaissons absolument aucune expérience qui témoigne en faveur d'une pareille opinion. Nous n'admettons pas même, en fait et indépendamment de toute explication, ce que dit l'auteur dans une autre partie de son travail, à savoir, que l'alimentation des phthisiques, alors même qu'ils accusent un bon appétit, pêche toujours ou par la quantité ou par la qualité. Beaucoup de phthisiques, surtout au début de la maladie, prennent une nourriture aussi abondante, aussi substantielle, aussi variée que celle des gens bien portants et la digèrent aussi bien.

Ainsi, premièrement, rien ne prouve que la phthisie pulmonaire ait son origine dans un état morbide de l'appareil digestif. En second lieu, la présence d'un excès d'acides dans l'estomac fût-elle démontrée, aussi bien que la rapidité anormale de la dissolution et de l'absorption des substances albuminiformes, aussi bien que la prédominance relative de ces substances sur les substances carbonées, on ne verrait pas comment on pourrait y trouver une explication, soit du dépôt de tubercules dans le parenchyme pulmonaire, soit de l'émaciation des phthisiques.

En effet, si les tubercules, chimiquement analysés, donnent pour produit des substances dites *protéiques*, procédant de la formation d'*albuminose* dans le tube digestif (fibrine, albumine, etc.), il ne faut pas oublier qu'on y rencontre aussi des substances *carbonées*, notamment de la cholestérine, en assez grande proportion. Ce fait est directement contraire à la théorie. De plus, quelle devrait être la conséquence de la prédominance relative, dans l'économie, des éléments albuminiformes, protéiques, sur les éléments carbonés ? La diminution progressive de la graisse dans les tissus, répond M. Bennett. Soit; mais, à côté de cela, on devrait observer un dépôt de fibrine et d'albumine en excès ; car les aliments fibrineux et albumineux transformés par la puissance digestive en albuminose, ne vont pas seulement au poumon, mais se répandent dans toute l'économie, et fournissent notamment les éléments de la nutrition au système musculaire. Par conséquent, dans la théorie de l'auteur, en même temps que les phthisiques perdraient leur embonpoint, ils devraient devenir plus vigoureux, *mieux* musclés. Or, on sait que c'est le contraire qui arrive.

Nous nous bornons à ces remarques, qui suffisent, ce nous semble, pour montrer toutes les incertitudes que le travail de M. Bennett laisse derrière lui.

---

30. *Anévrisme inguinal; suicide par blessure faite à la tumeur*; par M. J. Miller.

(Monthly journal of medical science.)

Ce fait est doublement remarquable, d'abord par la raraté de l'exemple qu'il présente d'un suicide qui a cherché son moyen d'exécution en provoquant volontairement l'accident même dont l'appréhension lui avait inspiré le dégoût de la vie. Il offre, en second lieu, un intérêt clinique réel, en raison des conséquences que l'examen des parties fait après la mort a permis de déduire.

Obs. — Pendant sa visite du 3 janvier 1850, M. Miller reçut un malade âgé de 60 ans, robuste et de bonne complexion. Trois ans auparavant, à la suite d'un coup reçu sur l'aine droite, dans une rixe, il avait vu s'y développer une tumeur pulsatile.

La grosseur ayant continué d'augmenter de volume, et devenant gênante par son ampliation progressive, il se décida à entrer à l'hôpital de Glasgow, où on lui proposa l'opération, qu'il refusa par le motif que sa maladie ne lui causait aucune souffrance.

Sorti, et ayant recommencé à travailler et à boire, il vit bientôt les souffrances se produire et devenir intolérables. Le membre inférieur demeurait invinciblement fléchi sur le tronc. La tumeur ovale, comparable aux deux poings réunis, était située immédiatement au-dessous du ligament de Poupart, son grand diamètre étant dirigé transversalement. Les pulsations y étaient très fortes et superficielles.

Aussitôt après avoir été reçu dans le service de M. Miller, il exprima le plus vif désir d'être opéré promptement, par la crainte de voir une rupture subite de l'anévrisme lui devenir fatale. Mais, soit à cause des fatigues du voyage qu'il avait été obligé de faire, soit par suite des nombreuses explorations pratiquées à l'hôpital, la tumeur devint plus tendue, plus douloureuse. Il se développa, en même temps, de la fièvre avec sécheresse de la langue.

Ces symptômes imposèrent nécessairement quelques jours de temporisation. On s'occupa de les combattre par des sédatifs locaux, des opiacés, puis une saignée. Le 12 janvier, l'excitation locale et générale s'étant apaisée, M. Miller, sur la pressante et continuelle instance du malade, fixa un jour rapproché pour l'opération.

Mais les choses changèrent de face la nuit suivante. A une heure du matin, le malade qui couchait à côté de celui ci fut éveillé par un bruit étrange. Il l'entendit se frapper violemment la tête avec une bouteille à médecine, et déjà le sang coulait de trois ou quatre profondes blessures qu'il s'était faites à la tempe. Arrêté dans l'exécution de son projet, il répondit aux assistants qu'il était las de la vie. Plus tard il revint sur ces aveux, et prétendit que les plaies avaient été causées par un accident.

Il parut d'abord tranquille ; mais on le vit se lever, prendre sa veste et la mettre dans son lit. Au bout d'une demi-heure environ, son voisin fut de nouveau éveillé par le bruit d'un liquide tombant à terre. Il vit alors ce malheureux couché sur le ventre en travers de son lit. Le médecin accourut, reconnut une petite ouverture faite à la tumeur anévrismale, et y appliqua immédia-

tement le bout du doigt. Le sang, qui sortait par un jet semblable à celui de l'urine coulant du cathéter, s'arrêta aussitôt. Mais le malade, s'étant remis de la syncope où il était plongé, recommença à se débattre si violemment qu'il provoqua le retour de l'hémorrhagie. Il tomba encore en faiblesse, et cette fois elle fut mortelle.

On chercha alors dans son lit, et on y trouva un petite tire-bouchon de poche, plié sur son manche. Ç avait sans doute été là l'instrument dont il se servit ; car , en examinant de près la tumeur, on vit à sa surface plusieurs égratignures superficielles, comme faites par une main qui avait hésité ou s'était essayée avant de faire l'ouverture par laquelle le sang sortit ; celle-ci avait près de 3 lignes de longueur.

A l'*autopsie*, on trouva une tumeur encore très volumineuse malgré l'évacuation de sang causée par la blessure. Elle naissait de la face antérieure de la fémorale commune, qui s'ouvrait dans l'intérieur du sac par une large solution de continuité, de 2 ou 3 pouces d'étendue. L'artère iliaque externe était refoulée en arrière et en dedans de la tumeur.

Cœur du poids de 15 onces. Dépôts athéromateux sur les valvules aortiques et mitrales. L'aorte dilatée offre à sa surface des irrégularités résultant de la présence de dépôts semblables. L'iliaque externe a deux ou trois incrustations.

On essaya de lier plusieurs des principales artères du corps ; sur toutes, le fil appliqué selon le procédé ordinaire coupait le vaisseau.

L'inspection des parties montre de combien de difficultés, de quelles chances d'insuccès eût été entourée cette opération, que rien, d'après l'examen sur le vivant, n'avait présentée comme compliquée. Ainsi la diathèse anévrismale s'est révélée manifeste par les lésions les plus caractérisées. « Et cependant, dit M. Miller, le stéthoscope appliqué par un médecin très habile n'avait rien fait reconnaître d'anormal ni dans le cœur, ni dans les parois des gros vaisseaux. »

Ainsi, d'une part, la situation de l'iliaque externe profondément cachée derrière la tumeur ; de l'autre, la sécabilité des vaisseaux, enfin l'existence d'altérations prononcées sur d'autres artères, menaçaient ce malheureux d'une triple éventualité fatale. Eût-on pu mettre l'iliaque externe à découvert, elle se serait probablement rompue sous la ligature, et une hémorrhagie mortelle aurait eu lieu. Eût-on même évité cet écueil, l'opération eût-elle réussi comme opération, ce n'était rien encore. Le système circulatoire, distendu par le sang qui n'enfilait plus l'iliaque, aurait

vraisemblablement cédé à cette nouvelle cause d'aggravation de la maladie déjà existante dans ses parois.

---

31. *Sur quelques complications peu connues de la dyssenterie* ; par le docteur R. Mayne, professeur d'anatomie et de physiologie à l'école Carmichael.

(Dublin quarterly journ. of med. science.)

La première de ces complications que l'auteur a eu l'occasion d'observer, en Irlande, dans le cours de la dernière épidémie de dyssenterie qui a régné dans ce pays, est la production d'une *inflammation veineuse*, ayant ordinairement pour siége les veines iliaques, et s'étendant même quelquefois dans la veine cave inférieure, se montrant sous la forme adhésive ou sous la forme suppurative ; et, dans ce dernier cas, entraînant les conséquences ordinaires de la phlébite suppurative, c'est-à-dire la production de dépôts purulents dans divers points de l'économie, et l'ensemble de symptômes graves connus sous le nom *d'infection purulente*. C'est dans la dyssenterie chronique. et après plusieurs semaines de durée, que la phlébite adhésive a été observée : d'abord douleur vive soit sur le trajet des vaisseaux fémoraux ou au pli de l'aine, soit à la partie postérieure de la hanche, au point d'émergence du nerf sciatique ; quelquefois c'était dans le mollet ou à la partie antérieure de la jambe qu'était primitivement la douleur. Dans un cas, l'intensité et le siége de celle-ci firent croire, pendant plusieurs heures, à une véritable sciatique ; et dans un autre, la douleur occupait la région lombaire gauche, immédiatement au-dessous des reins, irradiant sur le trajet des vaisseaux iliaques externes. Dans la majorité des cas, les membres ne pouvaient supporter le poids du corps ; toute tentative de ce genre était suivie de douleurs atroces sur le trajet des vaisseaux ; très rarement de la sensibilité sur le trajet des vaisseaux fémoraux, quoiqu'on pût y sentir la présence d'un cordon dur et dense, mais sans changement dans les battements de l'artère. Bientôt les veines superficielles tributaires, épigastrique superficielle, circonflexe iliaque superficielle, grande saphène antérieure, etc., se gonflaient notablement, et se transformaient en un cordon dur, preuve que l'inflammation était étendue jusqu'à elles ; très rapidement aussi il survenait du gonflement du membre ; mais l'œdème ne conservait que très inparfaitement le pression du doigt. De plus, élévation de température dans le membre avec sensibilité générale, et le gonflement ne diminuait que très lente-

ment, alors même que toute trace d'inflammation avait disparu. Comme dans la *phlegmatia alba dolens*, il était rare que les deux extrémités inférieures fussent prises simultanément ; il y avait toujours un intervalle, et l'invasion du deuxième membre put être rapportée constamment à un renouvellement d'irritation dans le gros intestin. Contre cette grave complication. M. Mayne eut recours avec succès, pour combattre les phénomènes aigus, aux déplétions sanguines locales dans le voisinage des veines enflammées, aux fomentations tièdes, à l'élévation du membre, et aux mercuriaux ; plus tard, aux frictions iodées et à la compression. Les autopsies qui furent faites dans ces circonstances, les malades ayant succombé à la gravité des lésions intestinales, montrèrent les gros troncs veineux du membre malade, c'est-à-dire les veines iliaque interne, iliaque externe, et fémorale, offrant, dans tous les cas, sans exception, les caractères bien connus de la phlébite adhésive. Dans quelques cas, la veine poplitée, la fémorale profonde, l'obturatrice, étaient affectées ; et dans un petit nombre de cas, la maladie s'était étendue à des vaisseaux d'un bien plus petit calibre ; tibiales antérieure et postérieure, épigastrique, circonflexe iliaque surperficielle et profonde. L'intérieur était rempli de caillots abhérents à la membrane interne, de couleur et de consistance variable, suivant la durée de la maladie. Dans aucun cas, la nature n'avait fait d'efforts pour rétablir la circulation dans les vaisseaux malades, en creusant de nouveaux canaux au centre ou à la surface des caillots. Songeant d'abord au rectum comme à la source principale de l'irritation, et se rappelant que quelques-unes des veines de cet intestin se jettent dans la veine iliaque interne, M. Mayne s'était attendu à trouver, dans tous les cas, l'inflammation se propageant jusqu'aux veines des parois de cet intestin. C'était là le cas le plus rare : même dans le cas où les veines hémorrhoïdales inférieures étaient enflammées, on trouvait les mêmes altérations dans les veines tributaires de la veine iliaque interne, n'appartenant pas à l'intestin, telles que les utérines, les vaginales, les vésicales, etc. M. Mayne a été conduit, par ses dissections, à conclure qu'en admettant l'influence de voisinage exercée par la maladie du gros intestin sur les veines iliaques, on ne peut cependant pas regarder le point de départ comme étant toujours le même, et l'inflammation suivant le même trajet. Ainsi, dans quelques cas, elle parut commencer dans une ou plusieurs veines tributaires de la veine iliaque interne, pour s'étendre de là, dans le sens de la circulation, aux troncs de l'iliaque interne, de l'iliaque primitive, et de la veine cave, et dans un sens rétrograde, à l'iliaque

externe, à la fémorale et à ses branches, même à l'obturatrice et à l'ischiatique. Dans d'autres cas, l'inflammation avait son point de départ au confluent des veines iliaques interne, externe et primitive, d'où elle irradiait comme d'un centre ; dans d'autres cas enfin, le tronc de l'iliaque interne était le premier affecté.

A l'opposé de la première variété de phlébite, la phlébite suppurative se montra de bonne heure, comme complication de la dyssenterie, et alors que la maladie était encore dans sa période d'acuité. Du cinquième au douzième jour, on voyait survenir de violents frissons, avec des troubles généraux graves, fièvre vive, anxiété, frissons suivis parfois de transpiration abondante, et revenant à des intervalles irréguliers ; puis, après un intervalle de huit àquarante heures, douleurs vives dans la région du foie, accompagnées d'ictère et de dyspnée très intense ; mort vers le sixième jour au milieu de symptômes ataxo adynamiques ; et à l'autopsie, on trouvait des pneumonies lobulaires déjà suppurées, de petits abcès dans le foie, des épanchements dans les plèvres, etc. Ajoutons néanmoins que, dans le cas de cette espèce observés par M. Mayne, l'existence de la phlébite a été plutôt supposée que démontrée ; car on n'a jamais trouvé trace d'inflammation dans les veines efférentes de l'intestin malade, non plus que dans les veines voisines.

Une autre complication de la dyssenterie chronique signalée par M. Mayne, c'est une forme particulière d'*hydropisie* qui a cela de particulier, que les malades peuvent être emportés d'une manière brusque, inattendue, par des épanchements dans les membranes séreuses ou dans les organes parenchymateux importants. Ces épanchements séreux se font le plus souvent dans l'arrachnoïde, plus rarement dans la plèvre, plus rarement encore dans le péricarde, presque jamais dans le péritoine. Les premiers symptômes de ces hydropisies sont une légère bouffissure des paupières, un peu d'œdème des extrémités; puis surviennent soit des phénomènes apoplectiques, soit des symptômes d'excitation ou de stupeur cérébrales, auxquels les malades ne tardent pas à succomber. A l'autopsie, on ne trouve qu'une légère injection des veines de la dure-mère, et de larges plaques rouges sur la convexité des hémisphères cérébaux. Dans quelques cas, le tissu pulmonaire était lui-même le siége d'un œdème très étendu.

Enfin, la dernière et non moins curieuse complication de la dyssenterie chronique, signalée par M. Mayne, c'est une *salivation spontanée*, se montrant seulemet dans des cas de dyssenterie très ancienne, se reproduisant sous le caractère périodique, ces-

sant spontanément dans la matinée, pour reparaître vers deux ou trois heures après midi, et se prolonger toute la nuit, entraînant l'évacuation de deux, trois et même quatre pintes de salive dans les vingt-quatre heures, et se prolongeant ainsi pendant des semaines, s'accompagnant dans la plupart des cas, d'une sensibilité vers la bouche, avec rougeur de la langue, des gencives, du voile du palais, de la muqueuse buccale, sans fétidité de l'haleine, sans ulcération ou gonflement anormal, sans ébranlement des dents, alternant avec des symptômes cérébraux ou intestinaux, et semblant remplacer, dans certains cas, l'œdème des extrémités. L'autopsie n'a révélé rien de particulier du côté des glandes salivaires et du pancréas ; mais dans ces cas, comme dans ceux d'hydropisie, le foie était constamment malade, gorgé de sang noir, et fortement ramolli.

MÉLANGES.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

32. *Compte-rendu des séances pendant le mois de septembre* 1851 ; par MM. les docteurs LEBERT et BROWN-SÉQUARD, secrétaires.

Suite et fin : *voir* t. X, octobre 1851, p. 270.

(Gazette médicale de Paris, N° 44; 1851.)

PATHOLOGIE. — *Observation de diathèse cancéreuse ; tumeurs varioliformes de la surface des intestins ; réflexions sur la marche et le mode de développement de la généralisation du cancer* ; par M. E. BEYLARD.

La nommée R....., couchée au n° 12 de la salle Sainte-Cécile, à l'hôpital Saint-Antoine, est entrée le samedi matin 9 août, et a succombé dans le courant de la nuit suivante.

A son entrée à l'hôpital, elle présentait tous les caractères de la cachexie cancéreuse arrivée à son terme ; elle était très amaigrie et offrait la teinte jaune-paille caractéristique.

Le ventre, notablement augmenté de volume, contenait évidemment une certaine quantité de liquide ; les membres inférieurs étaient œdématiés.

La rapidité avec laquelle cette femme a succombé n'a pas permis de prendre d'autres renseignements sur la maladie.

Autopsie. L'examen nécroscopique a surabondamment justifié le diagnostic porté pendant la vie. Nous verrons, en effet, que non-seulement cette femme est morte par suite d'une affection cancéreuse, mais de plus qu'un grand nombre de ses organes étaient atteints de la maladie à un degré plus ou moins avancé.

La cavité abdominale ayant été ouverte, il s'en écoula une assez grande quantité de sérosité rougeâtre. Les anses intestinales, distendues par un commencement de décomposition cadavérique, au lieu de présenter une surface lisse et régulière, comme à l'état normal, étaient le siège d'un grand nombre de tumeurs verruqueuses, ombiliquées, les unes discrètes, les autres confluentes, ayant la plus grande ressemblance avec les boutons de la variole au début de la suppuration. Ces tumeurs, situées au-dessous de la membrane péritonéale qu'elles soulevaient, occupaient aussi bien la convexité que la concavité des anses intestinales dans toute la longueur du tube digestif, à l'exception de l'estomac et du rectum. Leur coloration variait ; la plupart offraient la même nuance que l'intestin. Quelques-unes présentaient à leur sommet une teinte rouge vive, due à un développement de vaisseaux sanguins qui se dirigeaient de leur circonférence vers leur centre.

De nombreuses adhérences anciennes réunissaient les anses intestinales entre elles et avec les parois abdominales.

Au niveau du point ou l'S iliaque se continue avec le rectum, toute l'épaisseur de l'intestin avait subi la dégénérescence cancéreuse. En cet endroit, il était dur, lardacé, criant sous le scalpel et notablement augmenté de volume, ce qui diminuait son calibre et avait pu pendant la vie produire un obstacle au cours des matières fécales.

Le mésentère était le siége d'un assez grand nombre de ces mêmes tumeurs que nous venons de signaler. Les ganglions étaient volumineux et infiltrés de matières cancéreuses que l'on en faisait suinter par la pression ; mais on les distinguait facilement des tumeurs de nouvelle formation, qui étaient beaucoup plus petites et de forme lenticulaire.

Les vaisseaux lymphatiques qui se rendent de l'intestin au mésentère étaient plus développés qu'à l'état normal et se dessinaient en blanc sous le péritoine. Ils paraissaient distendus par un liquide semblable à celui qu'on faisait sourdre des ganglions. Nous donnerons plus loin l'examen microscopique que M. Gubler a bien voulu faire de ces productions.

Le foie n'était pas notablement changé de volume. Sa surface régulière présentait des traces manifestes de péritonite ancienne,

et était unie à la paroi abdominale par des adhérences filamenteuses.

A la face inférieure du lobe gauche était appendue par un pédicule étroit une tumeur de la grosseur et de la forme d'une noisette, d'un blanc jaunâtre, dure, criant sous le scalpel, évidemment constituée par de l'encéphaloïde cru. Une coupe pratiquée dans le foie, au niveau du pédicule de cette tumeur, a fait voir qu'elle pénétrait au moins 0,03 millim. dans l'intérieur de la glande, dans laquelle elle venait se perdre en se renflant.

D'autres tumeurs moins volumineuses, au nombre de six ou sept, existaient à la face intérieure et au bord tranchant du même organe, et étaient toutes de même nature que celles précédemment décrites.

L'utérus avait deux ou trois fois son volume ordinaire, sans que cependant sa forme fût manifestement altérée. Le corps et le col étaient envahis en totalité par la dégénérescence cancéreuse, qui présentait sur cet organe tous les degrés intermédiaires entre la crudité absolue et le ramollissement complet. Les ovaires offraient la même lésion.

Cavité thoracique. — Il existait une petite quantité de sérosité dans les plèvres des deux côtés. Au premier abord, les poumons paraissaient sains; cependant, à un examen plus attentif, au bord inférieur du lobe moyen du poumon droit et du lobe inférieur du poumon gauche, on trouvait deux noyaux indurés du volume d'une noix, présentant à leur périphérie une coloration rouge pâle, et à leur centre une nuance d'un gris jaunâtre, plus marqué vers la partie tranchante.

Une incision, pratiquée dans l'épaisseur de ces noyaux, laissa voir le tissu pulmonaire induré, légèrement granuleux, infiltré d'un liquide grisâtre, d'apparence purulente, que l'on faisait sortir par la pression. Ces noyaux, plongés dans un vase rempli d'eau, tombaient rapidement au fond.

Le tissu environnant, gorgé de sang, était d'un rouge foncé, ressemblant à un foyer apoplectique; il est resté perméable à l'air. La plèvre, au niveau de ces noyaux, était veloutée, rugueuse, et offrait des arborisations artérielles nombreuses, dues à une inflammation manifeste. Au-dessous, à la surface des poumons, se trouvaient des traînées noirâtres dont le siége anatomique était difficile à déterminer, et qui semblaient tenir à un commencement de dépôt métallique. En outre, sous la plèvre diaphragmatique, dans un point correspondant à la convexité du foie, existaient plusieurs petites tumeurs aplaties nummulaires, molles, la plupart grisâtres, peu vasculaires, analogues à celles

de l'intestin ; l'une d'elles, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, était d'un brun rouge et comme érectile ; elle faisait légèrement saillir la plèvre. En incisant, il s'écoulait un liquide blanc, opaque, semblable à celui des tumeurs intestinales. Ce dépôt pénétrait dans le diaphragme et allait se confondre, au-dessous de ce muscle, avec une couche de même nature qui l'unissait intimement au bord convexe du foie.

Examen des tumeurs. — 1° Les tumeurs *varioliformes* de l'intestin grêle et celles du diaphragme laissent suinter par la pression un suc blanc, opaque, très épais, homogène, qui se montre au microscope formé d'un liquide dans lequel nagent une quantité énorme de cellules cancéreuses parfaitement caractérisées, les unes arrondies, les autres ovalaires ou elleptiques, ou en raquette, en massue. Ces cellules renferment un très gros noyau ovale, pourvu de granulations fines et de quelques granules fortement ombrés, plus gros (nucléoles). Il y a aussi dans le liquide des noyaux isolés et des granules moléculaires.

2° La partie indurée du lobe inférieur du poumon gauche offre en dehors, sur la plèvre, une couche grisâtre, molle, formée de détritus fibrineux, de granules moléculaires en grande quantité, de quelques cellules allongées, à noyau (éléments fibro-plastiques) et de globules pyoïdes et granuleux.

La substance des lobules indurés, qui est grisâtre aussi, renferme des éléments semblables, mêlés à des cellules d'épithélium et à de rares globules de pus pourvues de noyaux.

3° Les veines, ou du moins les espaces linéaires, d'apparence vasculaire, noirs et comme mélaniques, situés sous la plèvre diaphragmatique, contiennent, outre des cellules irrégulières énormes, ayant au moins les dimensions des grandes cellules cancéreuses et chargées de granules moléculaires noirâtres, contiennent, dis-je, une très grande quantité de ces granules noirâtres, libres, doués du mouvement brownien ou agglomérés, et un certain nombre de globules fortement réfringents, en apparence identiques à ceux du beurre ou aux globules gras du foie.

4° La substance du foie est très opaque, jaunâtre, d'un aspect gras. En effet, ses cellules, très amplifiées, renferment de véritables gouttelettes de graisse, dont quelques autres sont libres dans le liquide, où elles nagent avec des globules gras, de volumes variés. Quelques masses de matière grasse paraissent demi-concrètes.

Cette observation, malheureusement incomplète en ce qui concerne la marche de l'affection, surtout pendant les derniers

jours de l'existence, présente encore beaucoup d'intérêt au point de vue de la généralisation cancéreuse.

Nous voyons en effet, chez cette femme, le cancer ayant envahi depuis longtemps l'utérus, et probablement, à une époque plus récente, les intestins, prendre tout à coup une grande extension et apparaître dans le foie, le poumon et la plèvre ; car, pour nous, les tumeurs constatées dans ces organes sont le premier degré du développement local du cancer à l'état aigu. C'est ce que nous allons nous efforcer de démontrer, en nous appuyant sur les observations semblables qui ont fait le sujet de plusieurs discussions intéressantes dans le sein de la Société anatomique.

En 1846, M. Deville présenta à cette Société les poumons d'un homme qui avait succombé à la suite d'une opération de cancer de la verge. Sur toute leur étendue se trouvaient éparses de petites tumeurs, variant du volume d'un gros pois à celui d'une noisette, d'un noir grisâtre, formées pour la plupart d'une substance en apparence organisée, de consistance cérébelleuse, parcourues de vaisseaux et dans quelques points de petits tuyaux ressemblant à des canalicules bronchiques. La pression en faisait sortir un suc épais et sale.

D'autres, formées de la même substance, étaient réduites en un putrilage épais et glutineux, d'une teinte grise jaunâtre, comme s'il y avait mélange d'une grande quantité de pus. Ces tumeurs étaient entourées d'un kyste jaunâtre assez résistant.

Il n'y avait qu'à hésiter entre des abcès de diathèse purulente et des productions cancéreuses. Les avis furent partagés. Rien cependant, dans les symptômes, durant la vie ne justifiait l'idée d'une infection purulente. Il n'y avait eu aucun frisson, et le malade s'était éteint à la suite d'hémorrhagies successives, deux mois après l'opération.

Les lésions que cet homme avait présentées étaient d'une nature trop obscure pour permettre de trancher la question ; mais elles éveillèrent l'attention, et à une des séances suivantes, M. Gubler montra des portions de poumons provenant d'un homme mort dans le service de M. Velpeau, au quinzième jour d'une castration pour un encéphaloïde.

Les symptômes qui se montrèrent avant sa mort pouvaient aussi bien être attribués à une généralisation de l'affection cancéreuse qu'à une infection purulente.

A l'autopsie, on rencontra du pus dans les plèvres. Les poumons étaient criblés de tumeurs nombreuses, quelques-unes du

volume d'un marron, arrondies, d'un rouge grisâtre, d'une substance molle, facile à écraser.

Plusieurs, constituées par une sorte de bouillie grisâtre, presque toutes faciles à énucléer, étaient entourées par du tissu pulmonaire sain.

Au microscope, elles étaient constituées par les éléments fibrineux du sang.

Isolés, ces faits n'avaient pas une valeur suffisante ; rapprochés, ils acquéraient plus d'importance. Cependant, une discussion assez longue s'ensuivit, et il resta encore du doute dans l'esprit de quelques membres.

Quelques jours après, un autre interne de M. Velpeau, M. Lailler, présenta des pièces provenant d'un homme qui était mort à la suite de l'extirpation d'une tumeur cancéreuse de la cuisse. Six semaines après l'opération, il survint des douleurs dans l'abdomen, des frissons et des étouffements. Les poumons contenaient des masses cancéreuses évidentes, la plupart placées sous la plèvre. Mais c'était le foie qui était le siége des lésions les plus intéressantes : il était rempli de masses de différente nature ; les unes clairement encéphaloïdes, les autres, positivement fibrineuses, étaient noirâtres, formées par de la fibrine imbibée d'une forte quantité de sang. Quelques autres, probablement plus anciennes, étaient jaunâtres.

De ces masses, les unes étaient complétement isolées, d'autres étaient appliquées contre les tumeurs cancéreuses, dont elles ne se trouvaient séparées que par une mince enveloppe.

Au centre d'une de ces tumeurs existait un petit noyau blanc ayant la plus grande ressemblance avec de l'encéphaloïde. Ces lésions étaient absolument semblables à celles qui avait été le sujet des discussions dans les séances précédentes.

Au microscope, MM. Lebert, Robin et Desormeaux ont trouvé dans les tumeurs cancéreuses les caractères pathognomoniques.

On voit donc chez ce malade un simple épanchement sanguin subir les diverses transformations habituelles, accompagner et peut-être précéder la sécrétion cancéreuse métastatique.

De l'exposition de ces faits, nous pensons pouvoir conclure que la diathèse cancéreuse a plusieurs modes de manifestations :

1° Elle produit des lésions locales essentiellement chroniques ;

2° Elle détermine des altérations disséminées, presque toujours secondaires, mais à marche encore lente, la fièvre ne se mon-

trant qu'à la fin avec la cachexie ; dans ce cas les productions morbides sont comme interposées dans la trame des tissus sans que ceux-ci manifestent de réaction ou aient subi la moindre altération.

Ces deux modes sont acceptés par tous.

3° Enfin qu'une opération ou tout autre circonstance peut donner un coup de fouet à la diathèse cancéreuse ; alors se montrent la fièvre et des efforts répétés sur plusieurs organes à la fois ou sur divers points d'un même organe. Dans ce cas, les tumeurs primitives s'accroissent plus rapidement, et, en outre, il y a tendance à la formation de tumeurs nouvelles. Mais le travail morbide outre-passant les bornes, au lieu d'épanchements de lymphe plastique où plus tard s'organisera la matière cancéreuse, détermine des épanchements de sang en nature, apoplectiforme, qui tantôt subissent les changements des caillots sanguins (résorption de la sérosité, condensation, décoloration, etc.), tantôt, au contraire, et cette dernière modification se présentera dans les cas les plus aigus et les plus inflammatoires, il y aura fonte purulente des noyaux apoplectiques.

On voit d'après cela que certains cas d'abcès multiples viscéraux seraient le résultat de la diathèse cancéreuse généralisée à forme aiguë, pouvant ainsi se confondre avec l'infection purulente proprement dite et par ses symptômes et par ses caractères anatomiques, ainsi que cela a eu lieu pour les pièces présentées par MM. Deville et Gubler qui offraient la plus grande analogie avec celles que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société.

Si, dans les cas présent on étudie comparativement au microscope les tumeurs du poumon et celles du diaphragme qui présentent à l'œil nu de nombreuses ressemblances, on trouve que les unes, celles du diaphragme, renferment un liquide dans lequel nagent une quantité énorme de cellules cancéreuses parfaitement caractérisées, tandis que celles du poumon ne renferment que des grandes moléculaires, quelques cellules allongées à noyau, et des globules pyoïdes et granuleux. Il est pourtant difficile de ne pas trouver la plus grande analogie entre les lésions du poumon et celles du diaphragme. Pour nous, nous sommes convaincu que les différences constatées au microscope sont dues aux différences de vitalité des deux organes, et que si cette femme eût vécu plus longtemps on aurait trouvé dans les poumons, soit dans les tumeurs déjà existantes, soit dans leur voisinage, de la dégénérescence cancéreuse, ainsi que l'a montré M. Lailler dans

la pièce qu'il a présentée à la Société anatomique et dont il a été question plus haut.

Compte-rendu des séances pendant le mois d'octobre 1851 ; par MM. les docteurs LEBERT et BROWN-SÉQUARD, secrétaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Sur deux cas d'altération du foie et sur un cas de fongus de la dure-mère* ; par MM. CL. BERNARD et CHARCOT.

M. Claude Bernard et M. Charcot communiquent les observations suivantes :

1° *Granulations graisseuses du foie.* — Un homme, âgé de 40 ans, présente tous les signes de la tuberculisation générale la plus avancée. — Signes sthéthoscopiques et plessimétriques d'excavations spacieuses dans les deux poumons. — Phthisie laryngée, aphonie ; diarrhée incessante, probablement produite par des ulcérations tuberculeuses. A l'autopsie du cadavre, on trouve les poumons farcis de tubercules dans leurs lobes inférieurs, et creusés de grandes cavernes à leur sommet. Ulcération des cordes vocales inférieures ; tubercules dans les ganglions mésentériques ; ulcération à fond tuberculeux dans l'iléon et le colon. Le foie est un peu plus volumineux qu'il ne doit l'être ; sa coloration générale est foncée, sa consistance est augmentée, son tissu crie un peu sous le scalpel, il est gorgé de sang noir ; il est semé d'une quantité de granulations, du volume d'un petit pois, pour la plupart, lesquelles ont, pour l'aspect, la plus grande analogie avec les tubercules des autres viscères. L'examen microscopique démontre à M. Rayer que ces granulations ne sont pas des tubercules, mais bien des granulations hépatiques, surchargées de globules de graisses. L'infiltration du parenchyme du foie, par des globules de graisse, au lieu d'envahir le foie tout entier, et de le transformer en *foie gras*, comme cela a lieu le plus habituellement, ne se montrait ici, que dans un certain nombre de granulations hépatiques isolées les unes des autres.

2° *Anatomie d'un foie atteint de cirrhose.* — Un homme, âgé de 45 ans, entre à l'hôpital de la Charité, le 8 août 1851 ; hydropisie ascite considérable, œdème des membres inférieurs, des bourses et du pénis ; amaigrissement du thorax, de la face et des membres supérieurs ; teinte jaunâtre, plombée, et même parfois ictérique des téguments. La peau est en même temps sèche et rugueuse. Le cœur, de volume normal, ne présente pas de bruits anormaux ; le bord inférieur du foie ne peut être

limité par la percussion, mais son bord supérieur ne remonte pas au-dessus du mamelon, malgré la distension de l'abdomen. Les urines sont d'une couleur rouge foncé. Les réactifs n'y démontrent pas l'existence de la matière colorante de la bile.

Le 19, la suffocation était imminente, et le malade demandait à grands cris du soulagement ; une ponction de l'abdomen est pratiquée le 20 septembre par les moyens ordinaires. La sérosité qui s'écoule est transparente. Le lendemain, douleur abdominale à la pression, vomissements bilieux incessants, diarrhée, fièvre. La cirrhose (car tel avait été le diagnostic), s'était donc compliquée d'une péritonite aiguë, dont la ponction abdominale semble avoir été la cause provocatrice. Le malade succombe le 28 septembre.

Cet homme se disait malade depuis six mois environ ; il n'était pas buveur, et il n'avait jamais remarqué d'accidents syphilitiques.

A l'autopsie du cadavre, on note : 1° les lésions d'une péritonite générale intense ; 2° une diminution de moitié au moins dans le volume du foie, qui est en même temps légèrement bombé, d'une coloration jaune générale, et dont le tissu est dur et crie sous le scapel. Sur la coloration jaune générale se détachent des granulations noirâtres.

Le foie petit est ratatiné et comme chagriné à sa surface extérieure par une multitude de petites élevures inégales et diversement colorées. La couleur de ce foie ne rappelle en rien celle du tissu hépatique sain. Sur un fond d'un blanc-gris sale, on remarque trois couleurs principales, le noir, le rouge lie-de-vin et le jaune, disséminées comme un granit à la surface du foie. Les colorations jaune et noire appartiennent généralement aux élevures de la surface hépatique, tandis que la couleur rouge lie-de-vin se voit par transparence au travers de la membrane péritonéale épaissie.

Sur la coupe du tissu du foie, on observe également une sorte de marbrure granitée, formée par les trois colorations visibles à la surface extérieure du foie, savoir : le jaune, le noir et le rouge lie-de-vin. Seulement il est à remarquer que les granulations de couleur noire siégent plus spécialement dans le tissu hépatique qui avoisine la surface extérieure de l'organe, tandis que les granulations jaunâtres sont assez uniformément répandues dans le tissu du foie. Les taches rouges lie-de-vin suivent plus spécialement les branches de la veine porte. On voit, en outre, sur la coupe du tissu hépatique des points blanchâtres comme fibreux, coïncidant avec un épaississement de la mem-

brane de Glisson, une atrophie évidente et une diminution de calibre des vaisseaux sanguins hépatiques, qui semblent épaissis dans leurs parois, surtout pour les rameaux de la *veine porte*.

A l'examen microscopique, on constate quelques différences de structure, suivant les points du tissu hépatique qu'on examine.

1° Quand on soumet au microscope la substance des *granulations jaunâtres* du foie, on voit qu'elle est composée par un grand nombre de cellules hépatiques assez régulières et assez développées, et mélangées d'une grande quantité de graisse à l'état de gouttelettes huileuses qui sont, les unes adhérentes aux cellules hépatiques, les autres libres sur le champ du microscope. Les cellules hépatiques, pouvues pour la plupart de noyau, ne paraissent pas offrir d'altération bien spéciale, si ce n'est une sorte d'infiltration graisseuse pour quelques-unes d'entre elles.

2° La substance, qui constitue les *granulations noires*, ayant leur siége près de la surface extérieure du foie, présente une structure différente. Les cellules hépatiques qui y sont nombreuses, sont généralement plus petites et plus irrégulières dans leurs formes que celles de la substance jaune. Quelques-unes ont un noyau intérieur, mais aucun ne contient de graisse adhérente ou libre à l'état de globules huileux, comme dans la substance des granulations jaunes. De plus, on rencontre dans ces particules noirâtres du foie un grand nombre d'éléments fibro-plastiques, qui sont généralement d'un petit volume, mais d'une forme parfaitement caractéristique. On ne pourrait pas toutefois en inférer que la présence des éléments fibro-plastiques est distinctive de l'altération noire du foie, car on retrouve ces mêmes éléments dans d'autres points du tissu malade du foie, surtout lorsqu'on examine son tissu dans les parties les plus voisines de la surface extérieure de cet organe. Mais dans les *particules jaunes du foie*, on ne découvre aucune trace de ces mêmes éléments fibro-plastiques.

3° Dans les *points rouges lie-de-vin*, on remarque au microscope à peu près la même structure que dans les parties jaunâtres du foie, qui paraissent seulement avoir été teintes dans ces points par de la matière colorante sanguine. Comme dans les granulations jaunes, le microscope n'y montre que des cellules hépatiques plus ou moins mélangées de graisse à l'état de globules huileux.

En résumé, ce foie se différencie d'un foie sain par son aspect et sa forme spéciale, et par une grande consistance, qui leur semble être due, surtout à l'épaississement de la membrane de Glisson et des vaisseaux sanguins. De plus, à l'examen microscopique, le tissu de ce foie altéré offre une modification dans

l'aspect et le volume des cellules hépatiques, et de plus la présence d'un assez grand nombre d'éléments fibro-plastiques.

3° *Anatomie d'un fongus de la dure-mère.* — Une femme âgée de 28 ans, cuisinière, entre le 1er septembre 1851, dans le service de M. Rayer.

Cette femme se plaint depuis longtemps de douleurs dans la tête, douleurs dont elle ne peut préciser le siége. Ces douleurs ne sont pas accompagnées de vomissements. Elle vient à pied à l'hôpital, et dans la première quinzaine de son séjour, elle n'offre pas d'autres symptômes que ceux de la chlorose. Cependant, déjà elle se plaint de voir mal de l'œil gauche, et la paupière du même côté est un peu tombante. Les douleurs de tête sont intenses ; mais leur siége n'est pas précis. Le 20, du subdelirium se montre, la face est un peu injectée, la malade s'agite dans son lit, qu'elle ne quitte plus. Pas de vomissements, pas de contracture, pas de paralysie du sentiment ou du mouvement dans aucun des membres supérieurs ou inférieurs. La paupière gauche tombe sur le globe de l'œil et en recouvre habituellement la moitié supérieure; cependant la malade peut encore élever parfois la paupière quand on lui ordonne de le faire. La pupille du même côté est très dilatée ; l'œil, fixe et immobile, n'est pas dirigé plutôt en dedans qu'en dehors. Cet œil ne peut suivre un objet que l'on fait mouvoir devant lui. Il est difficile de dire si la vision est modifiée, et comment elle est modifiée ; car la malade délire complétement. Sangsues derrière les oreilles ; purgatifs. Les jours suivants, état typhoïde, parfois de l'agitation, plaintes continuelles. Mêmes phénomènes du côté de l'œil et de la paupière gauche ; pas de vomissements. Aucun phénomène à signaler du côté des membres, que la malade fait mouvoir. La sensibilité générale est intacte.

La malade meurt presque subitement le 29 septembre, alors que, depuis deux ou trois jours, son état avait paru s'améliorer.

A l'ouverture du crâne, on trouve la dure-mère adhérente au cerveau dans un point très circonscrit de la partie antérieure et externe du lobe moyen du côté gauche, au niveau de la terminaison externe de la scissure de Sylvius. En ce point, la dure-mère donne attache à une sorte de champignon pédiculé, du volume d'une grosse noix, lequel pénètre tout entier dans la substance cérébrale qu'il a déprimée. La surface de ce champignon est séparée de la substance cérébrale par une sorte de kyste à parois vasculaires, du volume d'un gros œuf de pigeon. Ce kyste contient un liquide jaunâtre, hyalin, comme gélatineux. Il apparaît sur la paroi supérieure du ventricule latéral gauche, un peu en dehors du corps strié correspondant. Le corps strié,

la couche optique et la substance cérébrale qui avoisinent tant le fongus que le kyste, présentent tous les caractères du ramollissement blanc dans une certaine étendue (à peine peut-on reconnaître la forme du corps strié ; mais dans la place qu'il occupe, la substance cérébrale est changée en une masse pultacée sans trace de vascularité). Les nerfs optiques, ceux de la troisième et sixième paires, sont parfaitement libres et nullement comprimés. Il en est de même de l'origine des nerfs de la cinquième paire.

L'examen anatomique de la tumeur a démontré qu'elle adhérait intimement à la dure-mère par un pédicule assez large. A la coupe, la tumeur ne criait pas sous le scalpel ; elle offrait une couleur jaunâtre plus vasculaire près de sa surface et offrait çà et là quelques points ramollis.

A l'observation microscopique, à un grossissement de 350 diamètres, on a trouvé le tissu de ce fongus de la dure-mère, constitué presque exclusivement par des éléments bien analogues par la forme aux cellules fibro plastiques, mais en différant cependant par quelques caractères qui seront indiqués plus loin. Dans les parties ramollies de la tumeur, ces éléments anatomiques s'isolent et se dissocient facilement, tandis que dans les parties plus résistantes de la tumeur, ils restent unis et agglomérés en un tissu analogue pour l'apparence à ce qui a été appelé tissu fibro-plastique. Parmi ces éléments anatomiques, il en est comme pour les cellules fibro plastiques qui sont pourvus de deux queues très allongées, tandis que d'autres, qui n'ont qu'une seule queue, présentent ainsi la forme d'une raquette. Dans leur intérieur, toutes ces cellules offrent des granulations moléculaires et un ou quelquefois deux noyaux. Les caractères qui rapprochent ces éléments anatomiques des cellules fibro-plastiques sont : leur forme, la longueur des queues qui les terminent et leur stratification en un tissu serré constitué en totalité par ces cellules placées longitudinalement à côté les unes des autres. Les caractères qui différencieraient ces éléments anatomiques des cellules fibroplastiques et pourraient les rapprocher d'une forme de cellule cancéreuse sont leur volume beaucoup plus considérable que celui des cellules fibro-plastiques, la netteté de contours et l'évidence des noyaux intérieurs. Si ce rapprochement peut être fortifié par l'existence dans le tissu de la tumeur de quelques autres cellules très rares, il est vrai, mais ayant une forme ovale avec un ou deux noyaux intérieurs et ressemblant ainsi beaucoup à la cellule cancéreuse la plus ordinaire, il faut ajouter que les cellules allongées ne rentrent rigoureusement dans aucune des formes des cellules cancéreuses figurées jusqu'ici.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 231e VOLUME.

12e SÉRIE, TOME XI. — NOVEMBRE 1851.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Traitement de la tuberculisation en général et de la phthisie pulmonaire en particulier; par le docteur *Louis Parola*. Traduit de l'italien par le docteur *Raikem*. (*Suite.*) 145

Essai sur l'anatomie et la physiologie des parties constituantes de l'appareil optique; ou organisation de l'œil et de ses annexes; par le docteur *P. J. Vallez*. (*Suite*). 168

Observation de rétrécissement de l'urètre compliqué de fistule bulbo-scrotale; par le docteur *H. Legros*. 184

Observations d'une perforation de la vessie survenue dans des circonstances fort remarquables; par M. le docteur *Cambrelin*, père. 187

Carie des os du pied et de la partie inférieure du péroné; guérison; par le docteur *A. Tilly* 194

Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tannin envisagé surtout au point de vue de ses applications en ophthalmologie; par *Fr. Hairion*. (*Suite* et *fin*). 198

Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine. — Séances du 25 octobre 1851. 208

Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois de septembre 1851. 216

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALE.

PATHOLOGIE INTERNE. — 1 Recherches cliniques sur la pathologie, le diagnostic et le traitement de certaines formes chroniques de maladies du cœur; par le docteur *Charles Ritchie*. 1

2. De la génération de l'eau dans le diabète; par le professeur *F. Nasse*. 20

28. Sur la fièvre typhoïde et le typhus fever; par le docteur *Jenner*. 257

31. Sur quelques complications peu connues de la dyssenterie; par le docteur *R. Mayne*. 264

THÉRAPEUTIQUE. — 3. Mémoire sur le traitement de l'ascite par les injections iodées; par M. *Boinet*. (*Suite.*) 25

4. Considérations chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur les sels d'argent; par le docteur *J. Delioux*. (*Suite.*) 32

5. De l'emploi de la teinture de colchique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et de la goutte; par le docteur *Delasiauve*. 39

6. Des effets du cathétérisme du tympan dans les névralgies; par M. le docteur *H. Desterne*. (*Suite* et *fin.*) 45

7. Sur l'application pratique du collodion contre les phlegmasies; par le docteur *Robert-Latour*. 49

8. Du traitement rapide de la gale (guérison en deux heures); par le docteur *Gibert*. 52

9. Examen critique de la médication émolliente et des remèdes béchiques et pectoraux; par M. le docteur *J. Delioux*. (*Suite* et *fin*). 57

10. De la digitale par la méthode iatraleptique; par le docteur *Chrestien*. 69

29. Sur le traitement de la phthisie pulmonaire; par le docteur *Bennett*. 259

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 11. Du développement relatif des artères ovariques et utérines pendant la grossesse, et de l'utilité de la compression de l'aorte, dans les cas d'hémorrhagie utérine, après l'accouchement; par le docteur *Baudelocque*. 81

MALADIES DES ENFANTS. — 12. Du nasonnement; — de la paralysie du voile du palais; par MM. *Trousseau* et *Ch. Lasègue*. 84

13. De la pneumonie catarrhale, et de la pneumonie lobaire de l'enfant; par MM. *Trousseau* et *Ch. Lasègue*. 88

14. De la paralysie essentielle chez les enfants; par M. le docteur *Rilliet*. 91

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 15. Note sur un nouveau traitement, par mouchetures, des tumeurs blanches avec fongosités de la synoviale; par M. *Laugier*. 101

16. Hydarthrose du genou gauche; — injection iodée; — guérison; — réflexions; par M. le docteur *Martininq*. 107

17. Note sur deux observations d'anévrisme au pli du coude, traités par l'électro-puncture; par M. le docteur *Laforgue*. 112

Observations de chirurgie pratique; par M. le docteur *Jules Roux*. 120

19. Des adénites non syphilitiques; par M. le docteur *A. Bertherand*. 129

30. Anévrisme inguinal; suicide par blessure faite à la tumeur; par M. *J. Miller*. 261

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 20. Nouvelles recherches sur la trachéotomie dans la période extrême du croup; par M. *Trousseau*. (*Suite*.) 138

OPHTHALMOLOGIE. — 21. Mémoire sur l'épicanthus et sur une espèce particulière et non encore décrite de tumeur lacrymale; par le docteur *Sichel*. 145

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

22. Observation de cystite chronique; (cas rare) par M. *Am. Mordret*. 158

23. Des coliques néphrétiques et de la gravelle; par le docteur *Louis de Crozant*. (*Suite* et *fin*.) 168

X. MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE.

TOXICOLOGIE. — 24. Observation d'empoisonnement par la teinture de digitale; par M. le docteur *Oulmont*. 180

XII. GÉNÉRALITÉS.

25. De la syphilisation ou vaccination syphilitique; par le docteur *Auzias-Turenne*. (*Suite* et *fin*.) 189

3. Rapport sur les épidémies cholériques de 1832 et de 1849 dans les établissements dépendants de l'administration générale de l'assistance publique de la ville de Paris; par M. *Blondel*. 208

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE nationale des sciences de Paris. — Séances des 10 et 17 novembre. — Cause de l'existence du sucre dans les urines. 226. — Sur le rapport que les végétaux comme les animaux présentent entre la quantité de vie et la

quantité de combustion, et sur la cause essentielle de l'influence exercée par la chaleur dans la végétation. 226. — Nouveaux agents propres à remplacer les mercuriaux comme antisyphilitiques. 228. — Études expérimentales sur les effets des matières virulentes ingérées dans les voies digestives de l'homme et des animaux. 229. — De l'arrêt de développement considéré comme signe caractéristique du crétinisme. 231. — Compression de la partie supérieure de la moelle par l'apophyse odontoïde. 233. — Emploi du gas oxygène dans la glucosurie. 233. — Syphilisation. 234.

Académie nationale de médecine de Paris. — Séances des 4, 11, 18 et 25 novembre. — Efficacité de préparations ammoniacales dans les fièvres intermittentes. 240. — Culture de l'opium indigène. 241. — Action physiologique des muscles interosseux de la main. 243. — Nouveau bandage herniaire. 243. — Choléra en Turquie. 244. — Des substances dont l'usage doit être interdit dans les embaumements. 244. — Paralysie des muscles interrosseux de la main; fonctions de ces muscles. 247. — Superfétation ombilicale congénitale. 249. — Du traitement antisyphilitique des femmes enceintes. 249. — Syphilisation. 251. — Vases recouverts d'un enduit vitreux pour les usages pharmaceutiques et domestiques. 252. — Traitement de la fissure à l'anus par l'onguent de la mère. 252.

MÉLANGES.

32. Compte-rendu de la Société de Biologie pendant les mois de septembre et octobre 1851 ; par M. *Brown-Séquard*. 267

27. De la mise à découvert et du traitement des polypes intra-utérins ; par M. *Simpson*. 256

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 231e VOLUME.

12e SÉRIE, TOME XI. — NOVEMBRE 1851.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (octobre 1851).

Ritchie (Charles). Recherches cliniques sur la pathologie, le diagnostic et le traitement de certaines formes chroniques de maladies du cœur. 1
Nasse (F.). De la génération de l'eau dans le diabète. 20
Delasiauve. De l'emploi de la teinture de colchique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et de la goutte. 39

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 22, 23, 33, 36. 37, 38, 44 et 48, 1851).

Boinet. Mémoire sur le traitement de l'ascite par les injections iodées. 25
Delioux (J.). Considérations chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur les sels d'argent. 32
Gibert. Du traitement rapide de la gale (guérison en deux heures). 52
Rilliet. De la paralysie essentielle chez les enfants. 91
Auzias-Turenne. De la syphilisation ou vaccination syphilitique. 189
Blondel. Rapport sur les épidémies de 1832 et de 1849 dans les établissements dépendants de l'administration générale de l'assistance publique de la ville de Paris. 208
Brown-Séquard. Compte-rendu de la Société de Biologie pendant les mois de septembre et octobre 1851. 267

GAZETTE MÉD. DE STRASBOURG (octobre 1851).

Bertherand (A.). Des adénites non syphilitiques. 129

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURG. octobre 1851)

Chrestien. De la digitale par la méthode iatraleptique. 69

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (août 1851.)

Robert-Latour. Sur l'application pratique du collodion contre les phlegmasies. 49
Mordret (Am.). Observation de cystite chronique (cas rare). 158

L'UNION MÉDICALE (Nos 46, 78, 79, 88, 89, 90, 95, 96, 97, 98, 101, 102, 116, 117, 119 et 122).

Desterne. Des effets du cathétérisme du tympan dans les névralgies. 45
Delioux (J.). Examen critique de la médication émolliente et des remèdes béchiques et pectoraux. 57

Baudelocque. Du développement relatif des artères ovariques et utérines pendant la grossesse, et de l'utilité de la compression de l'aorte, dans les cas d'hémorrhagie utérine, après l'accouchement. 81
Trousseau et *Ch. Lasègue.* Du nasonnement ; — de la paralysie du voile du palais. 84
Trousseau et *Ch. Lasègue.* De la pneumonie catarrhale, et de la pneumonie lobaire de l'enfant. 88
Laugier. Note sur un nouveau traitement, par mouchetures, des tumeurs blanches avec fongosités de la synoviale. 101
Martinincq. Hydarthrose du genou gauche ; — injection iodée ; — guérison ; — réflexions. 107
Laforgue. Note sur deux observations d'anévrisme au pli du coude, traités par l'électro-puncture. 112
Roux (Jules). Observations de chirurgie pratique. 120
Trousseau. Nouvelles recherches sur la trachéotomie dans la période extrême du croup. 138
Sichel. Mémoire sur l'épicanthus et sur une espèce particulière et non encore décrite de tumeur lacrymale. 145
Crozant (Louis de). Des coliques néphrétiques et de la gravelle. 168
Oulmont. Observation d'empoisonnement par la teinture de digitale. 180

JOURNAUX ANGLAIS.

DUBLIN QUATERLY JOURNAL OF MED.

Mayne (R.). Sur quelques complications peu connues de la dyssenterie. 264

MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Simpson. De la mise à découvert et du traitement des polypes intra-utérins. 256
Jenner. Sur la fièvre typhoïde et le typhus fever. 257
Bennett. Sur le traitement de la phthisie pulmonaire. 259
Miller (J.). Anévrisme inguinal ; suicide par blessure faite à la tumeur. 261